Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

Rok VI. Listopad-Grudzień 1934 Nr. 11-12

W następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej" Styczeń—Luty, 1935 — sprawozdanie z IX Walnego Zjazdu P. S. P. Z.

Pielęgniarka Polska Nr. 11-12

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 11-12

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

Rocznie 8 zł. — Półrocznie 4 zł. — Kwartalnie 2 zł.

Miesięcznie 70 gr.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VI Listopad-Grudzień 1934 Nr 11-12

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Czytelnikom „Pielęgniarki Polskiej“ jak najserdeczniejsze życzenia szczęśliwego Nowego Roku składa

Redakcja.

Jakiemi drogami idziemy naprzód w walce z gruźlicą?

(Z okazji dorocznych dni przeciwgruźliczych: 1. XII. 1934 — 10. I. 1935)

Przyroda broni zazdrośnie swych tajemnic. Jeżeli w dziedzinie przyrody martwej — fizyka i chemja odkryły, stosunkowo bardzo niedawno, cały szereg wielkich praw rządzących zjawiskami, dotychczas niezrozumiałemi, to jeszcze trudniej dowiedzieć się, jakim prawom podlegają procesy życiowe przyrody żywej, świata roślinnego, świata zwierzęcego i wreszcie człowieka. Życie na ziemi i jego rozwój przedstawia w wielu jeszcze dziedzinach niezgłębione dotychczas zagadki. Liczne niebezpieczeństwa grożą człowiekowi i tylko logiczne usuwanie przyczyn szkodliwości, a więc dokładna znajomość ich natury daje właściwy oręż do ręki.

Najgwałtowniejsze ataki nauki skierowane są przeciw dwu chorobom społecznym: gruźlica i rak stanowią dwa główne tematy badań. Miljony włożono w urządzenia pracowni i instytutów badawczych, setki uczonych poświęciło pracę długich lat na pojedynek nauki z przyrodą o tajemnicę poznania. Więcej pozostało do zrobienia, niż zrobiono dotychczas.

Jeżeli chodzi o gruźlicę, to jesteśmy już coraz bliżsi ostatecznego celu, jakim jest przejście tej choroby społecznej do historji, przynajmniej w krajach posiadających ogólno - państwowy program opieki nad zdrowiem. Gruźlicę-

suchoty badano przez całe wieki, szukając środków leczenia. Gdy Koch odkrył przed pięćdziesięciu laty przyczynę choroby, prątek ziarnisty, skierowano główne wysiłki ku poznaniu własności tego zarazka.

Prątek Kocha nie żyje i nie rozmnaża się w otaczającej przyrodzie. Rozwija się w ustroju ludzkim (typ ludzki), bydła rogatego (typ bydlęcy), ptaków (typ ptasi) i rzadziej u zwierząt zmiennocieplnych. Opracowane zostały metody hodowli pracownianej prątków na sztucznych pożywkach, (kartofle z gliceryną, surowica ścięta, podłoża z jaj kurzych). Prątek wytwarza jady silnie działające, na które wrażliwy jest szczególnie ustrój zakażony; wśród tych jadów tuberkulina służy obecnie, jako bardzo ważny czynnik rozpoznawczy wczesnego zakażenia gruźliczego.

Jady gruźlicze zostały zbadane pod względem chemicznym i fizycznym oraz działania na ustrój ludzki. Mają one pewne zastosowanie w lecznictwie.

Badania nad rozwojem pasorzyta, wywołującego gruźlicę, poszły w ostatnich latach jeszcze dalej. Coraz więcej skłaniamy się ku poglądowi, że prątek ziarnisty Kocha jest tylko jedną z postaci rozwojowych; istnieją prawdopodobnie inne okresy rozwojowe w postaci grzybka *sporotrix;* dowiedziono, że ciecze, przepuszczane przez najgęstsze filtry nie zawierają prątków, a mogą jednak posiadać niewidzialne, przesączalne postaci, mogące wywołać zmiany gruźlicze w tkankach.

Obok tego wielkiego postępu prac naukowych biologiczno - bakterjologicznych, medycyna kliniczna wypowiedziała również ważne słowa w lecznictwie gruźlicy płuc. Tkanka płucna elastyczna, niezmiernie misternej struktury, bogato zaopatrywana w tlen przez przepływające powietrze, sprzyjające rozwojowi prątka, należącego do grupy tlenowców (rozwój hodowli musi się odbywać w obecności tlenu), dotknięta jadem gruźliczym ulega obumarciu i rozpadowi. Struktura pęcherzykowata, jak gąbka z masy gumowej, nie pozwala na zabliźnianie się ubytku tkanki zniszczonej. Stąd uciśnięcie płuca chorego — zgniecenie jam powstałych przy pomocy powietrza, wprowadzonego do opłucnej, lub płynów oleistych lub w razie zrostów sklejających opłucną — przez nacinanie żeber i wgniecenie płuca (toracoplastyka), wreszcie czasami przez porażenie przepony drogą usuwania nerwu przeponowego — jest potężnym czynnikiem sprzyjającym gojeniu.

Metoda ucisku, zaproponowana przed 30 laty przez Forlaniniego, dopiero teraz uzyskała prawo obywatelstwa, stając się powszechnie stosowanym zabiegiem, nawet w posuniętych postaciach gruźlicy płuc, które jeszcze przed wojną europejską uważane były za nierokujące poprawy.

Stosowanie soli ciężkich metali, a przedewszystkiem złota, daje pomyślne wyniki w pewnym odsetku przypadków.

Wskutek przewrotu, jaki nastąpił w lecznictwie, gruźlica wcześnie rozpoznana i leczona jest zawsze uleczalna. Zagadnienie leczenia obraca się wokół pojęcia indywidualnej odporności chorego; odporność wzmacniamy lub odradzamy zapomocą dawno wypróbowanych metod higjeniczno - dietetycznego leczenia sanatoryjnego.

Kliniki i bakterjologja zaważyły wiele na szali postępu. Niemniej wysiłków i doświadczeń trzeba było wykonać w sferze metod pracy, stosowanych w walce społecznej z gruźlicą.

Postępy medycyny są wielkim kapitałem, lecz niestety bardzo często „zamrożonym". Uruchomienie tego kapitału, celem wyzyskania go dla wszystkich — oto jest zadanie społecznej walki z gruźlicą. Ono powoduje cechę wspólną wszystkim działaczom i działaczkom na tem polu codziennie stykającym się z życiem — tą cechą jest demokratyzm. Oto rodzina, której ojciec może być uratowany i wrócić do pracy, ale — brak pieniędzy na zapłacenie sanatorjum. Tam dzieci rodziny zagruźliczonej w suterenie przeludnionej i wilgotnej. Słońca i powietrza domagają się młode organizmy. Ale nie mamy za co kupić tego słońca i powietrza — bo jest ono bardzo drogie. Tysiące rodzin żyje w naszych warunkach w ciemni, pozbawionej źródła życia na ziemi, promieni widma słonecznego. Wiemy, co robić należy, ale nie mamy możności. Stajemy się wszyscy szczerymi demokratami przy warsztacie walki z gruźlicą. Udostępnienie dla wszystkich nowoczesnych zdobyczy lecznictwa jest podstawowem zadaniem administracji służby zdrowia.

Nakazem jest stosowanie metod najskuteczniejszych i zarazem najtańszych, nie wychodzących poza granice możliwości społecznych.

Najciekawsze doświadczenia zostały poczynione w okręgach o określonem zaludnieniu, w których na cały szereg lat wprowadzono program opieki nad zdrowiem. Po dostatecznie długim okresie spostrzeżeń wniosek jest zupełnie jasny. Można zupełnie usunąć gruźlicę ze środowiska społecznego, posiadając dostateczne środki i logiczny plan akcji.

Takie żywe dowody skuteczności metod pracy są najbardziej jaskrawym sprawdzianem wartości i skuteczności walki z gruźlicą. Stany Zjednoczone Ameryki północnej wykonały dwie tego rodzaju próby: w miasteczku Framingham i w powiecie wiejskim Cattaraugus (stan N. Yorku).

Jest rzeczą charakterystyczną, że wytyczne programu opierają się na następujących przesłankach:

1) gruźlica powinna być przedewszystkiem traktowana, jako choroba zakaźna;

2) gruźlica jest zawsze uleczalna w początkowych stadjach rozwoju choroby o ile zastosowane będą nowoczesne zdobycze lecznictwa; gruźlica jest uleczalna w większej części przypadków posuniętych (przeszło 66%);

3) program opieki nad zdrowiem powinien uwzględnić leczenie dla wszystkich chorych;

4) program walki z gruźlicą jest skuteczny tylko w połączeniu z opieką zdrowotną nad matką i niemowlęciem, dzieckiem w wieku przedszkolnym i dzieckiem w wieku szkolnym.

Zakaźny i przewlekły charakter gruźlicy wymaga systematycznego tropienia źródeł zakażenia przez badanie styczności (osób stykających się bezpośrednio z chorym — rodzin chorych i t. d.). Wykrycie możliwie największej liczby przypadków wymaga współdziałania z lekarzami praktykującymi.

Obok instytucyj zapobiegawczych muszą być tworzone ośrodki lecznicze dla osób, które same nie są w stanie zapewnić sobie leczenia. W Polsce coraz bardziej rola ośrodków leczenia przypada poradniom przeciwgruźliczym.

Z danych, przedstawionych podczas ostatniej międzynarodowej konferencji Związku Przeciwgruźliczego w Warszawie widzimy, że fundacja Milbanka w Ameryce rozpoczęła swą pracę demonstracyjnie w powiecie wiejskim Cattarangus w 1923 roku, według programu, opartego na wspomnianych powyżej zasadach. Po jedenastu latach pracy umieralność z gruźlicy obniżyła się z 66 zgonów na 100.000 ludności rocznie do 39! To znaczy, że można już tu mówić o szybkiem, zupełnem zlikwidowaniu gruźlicy. Dokonała tego organizacja, złożona z czterech części:

1. ośrodka leczniczego,

2. jednego lekarza ftizjologa specjalisty, oddanego do dyspozycji lekarzy wolnopraktykujących,

3. ośrodka sanatoryjnego,

4. społecznej służby pielęgniarskiej, składającej się z 15-tu pielęgniarek pod kierunkiem trzech instruktorek i jednej naczelnej pielęgniarki. (Na 70.000 mieszkańców — jedna pielęgniarka odwiedzająca przypada na pięć tysięcy mieszkańców).

Poza tem trzeba było sporej dozy entuzjazmu amerykańskiego i zapału do pracy, będącego najważniejszym czynnikiem postępu.

W ten sposób zreasumować możemy najważniejsze kierunki postępów w walce z gruźlicą, jeżeli nie zapomnimy jeszcze o coraz większem znaczeniu, przypisywanemu dziedziczności w szerzeniu się gruźlicy. Niemcy hitlerowskie zabraniają małżeństw pomiędzy rodzinami, w których były przypadki gruźlicy, choćby osoby, wstępujące w związki małżeńskie były zdrowe. Geny odporności muszą kompensować geny wrażliwości przy przekazywaniu cech dziedzicznych potomstwu.

W świetle tych danych coroczne d n i p r z e c i w g r u ź l i c z e powinny utwierdzać nas w konieczności podwojenia naszych wysiłków.

Zwyczaj kupowania nalepek dziesięciogroszowych na cele walki z gruźlicą w okresie dni przeciwgruźliczych powinien być nietylko źródłem środków materjalnych, lecz hasłem propagandy uświadomienia o celu naszej pracy.

Powtórzmy go: *urbi et orbi!*

Dr. Czesław Wroczyński

Przykład pracy pielęgniarskiej w rodzinie gruźliczej

Rodzina Y pozostaje pod opieką VIII-go Ośrodka Zdrowia od 1931 r., t. j. od chwili zamieszkania rodziny w schronisku dla bezdomnych przy ul. Lubelskiej 30/32. Przedtem przez dwa lata należała do Poradni Przeciwgruźliczej im. A. Sokołowskiego przy ul. Wolskiej, dokąd została skierowana przez szpital Św. Ducha. W szpitalu Św. Ducha ojciec rodziny przez długi czas leczył się na gruźlicę płuc.

Rodzina Y składa się z rodziców i 5-ga dzieci w wieku od 6 miesięcy do 12 lat; zajmuje jednookienny boks w schronisku dla bezdomnych.

Ojciec rodziny od 1924 r. jest niewidomy: stracił wzrok podczas wypadku przy pracy przy własnym warsztacie ślusarskim. Renty nie pobiera, nie pracuje zarobkowo, okresowo żebrze. Żona dorabia sprzedażą warzyw i praniem. Od roku 1924 rodzina korzysta ze świadczeń Opieki Społecznej, zapisana jest w Towarzystwie Opieki nad Ociemniałymi, a przez 1932 r. korzystała z pomocy Polskiego Komitetu Opieki nad Dzieckiem. Ze stacji Opieki Społecznej rodzina otrzymuje zapomogę w sumie 50 zł. miesięcznie i 1 kg. chleba dziennie; od Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi dostaje 30 zł. i 4 kg. produktów żywnościowych na miesiąc; z P. K. O. D. 10 kg. żywności miesięcznie (przez 1932 r.). Oprócz tego 2 obiady dziennie otrzymuje w kuchni schroniska dla bezdomnych, a dzieci dożywiane są w szkole.

Ojciec rodziny, po wyjściu ze szpitala, zostaje skierowany do poradni przeciwgruźliczej VIII-go Ośrodka Zdrowia, gdzie do tej pory zostaje pod opieką. Chory i jego rodzina zostają przez lekarza i pielęgniarkę uświadomieni o zaraźliwości gruźlicy. Chory otrzymał spluwaczkę z poradni i stale dostaje płyn dezynfekcyjny. Warunki spania zmieniły się na lepsze, wskutek interwencji pielęgniarki w urzędzie schroniska; chory dostał oddzielne łóżko, a z Towarzystwa Opieki nad Ociemniałymi — siennik i koc. Naczynia do jedzenia i ręcznik ma oddzielne. W roku 1931 chory zostaje przez poradnię przeciwgruźliczą VIII-go Ośrodka Zdrowia zakwalifikowany do leczenia klimatycznego i w grudniu 1931 r. wyjeżdża do sanatorjum na koszt Opieki Społecznej. Po powrocie jest okresowo badany przez lekarza poradni i odwiedzany przez pielęgniarkę w domu, a w grudniu 1933 r. powtórnie zakwalifikowany do sanatorjum, do którego wyjeżdża na koszt Opieki Społecznej za pośrednictwem Centralnego Biura do Walki z Gruźlicą.

Żona chorego i dzieci zostają jako „kontakty“ skierowane do poradni przeciwgruźliczej i stale są pod jej kontrolą.

W okresie opieki Ośrodka nad rodziną (1931 — 1934) żona chorego przechodzi dwukrotnie ciążę i jest pod opieką poradni dla matek ciężarnych i przeciwgruźliczej. Rozwiązanie jednej ciąży następuje 10. września 1932 r.; dziecko, zapisane do poradni dla niemowląt, w 7-mym miesiącu umiera wskutek zatrucia pokarmowego. Drugi poród odbywa się w nocy w domu dnia 9. lutego 1934 r., matka nie zdążyła dojechać do zakładu położniczego. Niemowlę dostaje w domu szczepionkę B. C. G. Ojciec, na skutek starań pielęgniarki, zostaje na 6 tygodni całkowicie od domu izolowany. We dnie przebywał poza mieszkaniem, a w nocy zarząd schroniska zezwolił mu spać na korytarzu. Dziecko zapisane jest do poradni dla niemowląt, gruźlicą do tej pory nie zakażone.

Starsze dzieci są pod opieką poradni przeciwgruźliczej, która bezpośrednio lub też przez uświadomienie rodziców interwenjowała i starała się o polepszenie dla dzieci warunków zdrowotnych. U trojga dzieci lekarz poradni stwierdził powiększenie gruczołów wnękowych.

Stanisław, urodzony w 1923 roku. W r. 1931 i 1932 przebywał na kolonjach letnich w Otwocku. Jest dożywiany w szkole.

Michalina, ur. w 1924 roku. W r. 1931 przez 4 miesiące przebywa w zakładzie dla ociemniałych w Laskach i na kolonjach letnich w Ciechocinku, a w r. 1934 na kolonjach letnich w Otwocku. Dożywiana w szkole.

Marjan, ur. w 1926 roku. W r. 1931 przebywał 4 miesiące w zakładzie w Laskach, a w r. 1933 i 1934 przebywał na kolonjach letnich w Otwocku. W szkole dostaje tran.

Teresa, ur. w 1928 roku. W r. 1933 przebywała na półkolonjach letnich przy VIII. Ośrodku Zdrowia, a w roku 1934 na kolonjach letnich w Otwocku. Dożywiana w przedszkolu.

Jadwiga Chojnacka

Absolwentka i instruktorka W. S. P.

Praca pielęgniarki w zakładach dla chorych na gruźlicę

Coraz bardziej rozszerzająca się opieka nad chorymi gruźliczymi wymaga nietylko przygotowania specjalistów lekarzy, ale też i specjalnie wyszkolonego personelu pielęgniarskiego.

Praca w szpitalach i sanatorjach gruźliczych jest trudna, mało wdzięczna i zupełnie odmienna od pracy w szpitalach ogólnych. Wskutek przewlekłego charakteru cierpienia, nie napotykamy tu na owe szybkie, wyraźne wyniki leczenia, które są zwykłem zjawiskiem na oddziałach chirurgicznych lub też wewnętrznych. Tu trzeba bardzo dużo cierpliwości, wyrozumiałości i umiejętności w przeprowadzeniu długiej i jednostajnej kuracji.



Sanatorjum akademickie „Bratnia Pomoc“ w Zakopanem

Różnorodność umiejscowień procesów gruźliczych, oraz różnorodność ich przebiegów kliniczych wymaga dla leczenia całego szeregu rozmaitych instytucyj. I tak zupełnie inny typ będą miały zakłady dla dzieci, inny — dla chorych na gruźlicę kości i stawów, inny — dla chorych na gruźlicę skóry i nareszcie jeszcze inny — dla chorych na gruźlicę płuc.

Ta ostatnia postać gruźlicy, dla siebie wyłącznie, wymaga organizacji następujących instytucyj: 1) oddziałów szpitalnych dla ciężko chorych, potrzebujących obserwacji, lub też zabiegów chirurgicznych; 2) sanatorjów

dla chorych, rokujących poprawę i powrót do pracy zawodowej; 3) kolonij-przytułków dla chorych przewlekle, nieuleczalnie, którzy żyją często po kilka lat, zachowując pewną ograniczoną zdolność do pracy.

Praca w tych wszystkich różnorodnych instytucjach ma jedną wspólną cechę, a mianowicie zmusza personel do otaczania opieką ludzi, u których przewlekły i długotrwały proces chorobowy odbija się, poza stanem fizycznym, bardzo dotkliwie na systemie nerwowym, na psychice. Są to



Szałasy Sanatorjum Ubezpieczalni Społecznej „Staszycówka“ pod Poznaniem

ludzie oderwani od pracy zawodowej, pozbawieni możności utrzymywania siebie i rodziny, zniechęceni, bez wiary w lepszą przyszłość. Zadaniem więc leczenia tego typu chorych jest nietylko usunięcie cierpień fizycznych, ale i utrzymanie w równowadze stanu psychicznego. Jasnem jest, że ta ostatnia strona kuracji leży przeważnie w ręku pielęgniarek. Pracując w rozmaitych sanatorjach, widziałam, jaka ogromna różnica zachodzi w nastroju chorych, zależnie od poziomu personelu pielęgniarskiego. Taktowne, rozumiejące psychikę chorych pielęgniarki mogą wszystko osiągnąć. Odwrotnie, jeśli

pielęgniarka będzie traktowała pracę tylko formalnie, chorzy będą zawsze niezdyscyplinowani, krnąbrni i nieposłuszni.

Pielęgniarka musi zająć czas chorych odpowiedniem czytaniem, lub pracą; w rozmowach z nimi utrzymywać dobry nastrój, podnieść go u hypochondryków i odwrotnie powstrzymywać od nierozważnych postępków tych, którzy ze stanu swego zdrowia nie zdają sobie sprawy. Pielęgniarka więc może i musi utrzymać na pewnym poziomie psychikę chorych, która się u nich tak łatwo załamuje.

Praca pielęgniarki na oddziale gruźliczym wogóle jest bardzo odpowiedzialna. Pielęgniarka musi znać i rozumieć zasady leczenia gruźlicy. Ona to, a nie lekarz pilnuje niezamykania okien o każdej porze dnia i roku, odzwyczajając chorych od tak powszechnego lęku przed zaziębieniem. Ona to, na zlecenie lekarza, musi umieć utrzymać chorego przez dłuższy czas nieruchomo i odwrotnie, zachęcić go do pracy i ruchu, wtedy, kiedy na to będą wskazania. Ona uczy chorego zasad higjeny osobistej, żeby po wyjściu z zakładu umiał odpowiednio się zachować i nie był szkodliwym dla otoczenia.

Poza temi zdolnościami, powiedziałabym — wychowawczemi, pielęgniarka oddziału gruźliczego musi być dobrze przygotowana fachowo. Coraz częstsze stosowanie zabiegów chirurgicznych, począwszy od odmy, aż do ciężkich torakoplastyk, terapje bodźcowe, które dają nieraz duże odczyny ogólne, nie mówiąc już o samym przebiegu choroby, z nieoczekiwanemi powikłaniami wymagają czujnego dozoru i szybkiej orjentacji, zwłaszcza podczas nieobecności lekarza na oddziale.

Nakoniec nie mogę pominąć niebezpieczeństwa w pracy na oddziale gruźliczym. Pielęgniarka, zaczynając pracować, musi wiedzieć o możliwości zakażenia się gruźlicą. Jednak znając specjalne warunki tego zakażenia, przez racjonalne zachowanie się wobec chorych, dobre odżywianie się, pilnowanie zachowywania przez służbę i chorych zasad higjeny, może tego niebezpieczeństwa uniknąć i przez długie lata, bez szkody dla siebie, w tym kierunku pracować.

Praca ta, choć trudna i żmudna, może dać duże zadowolenie, tem większe, im więcej z tak ciężkiej choroby wróci społeczeństwu ludzi zdrowych nietylko fizycznie, ale i moralnie.

Dr. Marja Grycewicz

Poradnia Przeciwgruźlicza jedzie na wieś

Poradnia Przeciwgruźlicza II-giej Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego, w której pracuję, rozpoczęła badanie ludności wiejskiej w kierunku gruźlicy.

W niedzielę, dnia 23-go września 1934 r. wyjechaliśmy do wsi Kolonji Pruskiej, położonej w powiecie skierniewickim.

Ekspedycja nasza składała się z 6-ciu osób: 2 lekarzy ftizjologów, 2 lekarzy pomocniczych, 2 pielęgniarek dyplomowanych. Towarzyszył nam lekarz powiatowy, który, jeszcze przed naszem przybyciem, prowadził bardzo ożywioną akcję propagandową. Jemu to, po części, możemy zawdzięczać powodzenie naszej ekspedycji.

Pracę naszą rozpoczęliśmy od badania ludności po nabożeństwie niedzielnem. Gdy po sumie tłum wyległ przed kościół, morze różnobarwnych wełniaków falowało w promieniach jesiennego słońca, raz wraz zmieniając odcień barw. Kobiety onieśmielone, dziewczęta roześmiane, a zarazem ciekawe nowych przybyszów, powoli zbliżały się ku nam. Inaczej wyglądali mężczyźni, którzy noszą ubrania miejskie. Gdzieniegdzie tylko można było spostrzec „księżaka", który, chcąc uczcić święto, przywdział swój strój regjonalny.

Badania przeprowadzono w »Domu Zdrowia".

Mnie przypadła w udziale najmilsza rola: zapisywanie i zbieranie pierwszych wywiadów. Siedziałam przy drzwiach wejściowych. I tu miałam możność wysłuchania wielu ciekawych historyj.

Oto jeden opowiada, że »od wesela Jaśkowego, co to było na święty Michał, wyszedł po tańcu zgrzany, i od tej pory kłuje go w prawym boku". Następnie, zwierza mi się dziewczyna, jak to »we żniwa przyniósł Wicek od Marcinów ze źródła z pod lasu zimnej wody, i jak się jej napiła, to już na odwieczerz poczęła ją fybra trześć, a potem leżała ze cztery niedziele, od tej pory kaszle". Inny zaś »chciał się pokazać swą siłą i wniósł do młyna worek półtora korcowy, ale mu coś chrupnęło w grzbiecie i ciągiem pobolewa, choć mu stara jakieś ziele na krzyż przykłada". Możnaby przytoczyć jeszcze wiele podobnych przykładów, lecz nie o tem mam pisać.

Po skończonym wywiadzie, odsyłałam każdego pacjenta z kartką (Polski Związek Przeciwgruźliczy Nr. 26) do ogólnej poczekalni, skąd był wywoływany do pobierania krwi na odczyn Biernackiego (opadanie krwinek), wykonywanego przez dwóch lekarzy i pielęgniarkę dyplomowaną. Brak wody bieżącej oraz trudności przy gotowaniu strzykawek, zapach palącego się denaturatu, czasem histeryczny krzyk kobiet, stwarzały bardzo ciężkie warunki pracy.

W trzeciej izbie badali lekarze ftizjolodzy. Tu dopiero piękne stroje wykazały wielkie braki pod względem higjeny. Naprzykład okazało się, że staniki dziewcząt mają obwód mniejszy o 11 cm., niż obwód klatki piersiowej w średniem ustawieniu. Dziewczęta tłumaczyły się tem, że przerabiać, t. j. poszerzać stanik — trudno, a cały ubiór jest bardzo mocny i wystarcza na bardzo wiele lat. Ubieranie się i rozbieranie zajmowało masę czasu, co w dużej mierze hamowało należyte tempo pracy. Natomiast wielką zaletą miejscowej ludności jest wyjątkowa jej czystość.

Pierwsze badanie trwało do godziny 2-giej popołudniu. W przerwie między badaniem jednej części, a drugiej, zostaliśmy zaproszeni przez miejscową pielęgniarkę na doskonały obiad.

Po obiedzie samochody przewiozły nas do drugiego punktu badania, gdzie czekała nas reszta gospodarzy z rodzinami. Do olbrzymiej szopy strażackiej, czysto wymiecionej, przyniesiono trzy stoły. Tu pobierano i badano krew. Mnie przeznaczono miejsce pracy przed domem na szosie. Lekarze - ftizjolodzy przenieśli się do mieszkania sąsiedniego, zajmowanego przez stróża strażackiego. Mężczyźni wraz z jednym lekarzem udali się do izby, zwanej pokojem, a kobiety były badane przez lekarkę w kuchni. Podział był niefortunny. Kobiety, słabsze istoty, musiały borykać się z „gadziną“, którą nieroztropna, a nieobecna gospodyni zamknęła w kuchni, aby podczas badania nie przeszkadzała, nie przypuszczając, że badanie odbędzie się w mieszkaniu. Dopiero po usunięciu prosiaka, kur i kota zapanował w kuchni spokój.

Rozdzielenie lekarzy - ftizjologów ogromnie usprawniło badanie, bo w tym samym mniejwięcej, co poprzednio, czasie, zbadano dwa razy więcej osób. Ogółem na 120 zbadanych, wykryto trzy przypadki gruźlicy zakaźnej (K +), cztery przypadki gruźlicy nieczynnej (K —), oraz jeden przypadek gruźlicy stawu. [1])

Ekspedycja nasza wzbudziła zaufanie wśród miejscowej ludności. Szczególniej nasze czepki i odznaki szkolne dodawały nam, pielęgniarkom, wielkiej powagi.

Wieczorem wyjechaliśmy, serdecznie żegnani i zapraszani przez okoliczne wsie na drugą niedzielę do dalszego badania.

Anna Wielowieyska
absolw. S. P. P. C. K. Warszawa.

---

[1]) Wybrani przez ekspedycję pacjenci zostali skierowani do szpitala w Skierniewicach, celem prześwietlenia i zbadania plwociny.

Sztuczna odma opłucna: teorja i praktyka zabiegu

Pani Zofji Szlenkierównie pracę tę przypisuje — autorka.

Odma sztuczna oddawna jest stosowana w leczeniu chorób płucnych, głównie w gruźlicy płuc.

Już w pierwszej połowie 19-go wieku niektórzy lekarze niemieccy i angielscy opisywali przypadki, w których nastąpiła poprawa stanu chorego płuca po odmie samorodnej.

Właściwym jednak twórcą tej metody był Włoch, dr. Forlanini, który założył pierwszą odmę leczniczą w 1888 r., to znaczy przed 50-ciu blisko laty. W latach 1894 i 1895 opisał Forlanini pierwsze dobre wyniki lecznicze odmy. Odtąd metoda ta, z początku powoli, a potem coraz prędzej zdobywa powodzenie na całym świecie.

Szczególniej w ostatniem dziesięcioleciu, w związku z rozwojem akcji przeciwgruźliczej, która szczęśliwie zmierza do tego, żeby coraz większą liczbę przypadków gruźlicy płuc wykrywać w okresie choroby nadającym się do leczenia, coraz częściej stosuje się, i to z powodzeniem, odmę leczniczą.

Według obliczeń Polskiego Związku Przeciwgruźliczego w r. 1933 w poradniach przeciwgruźliczych Polski wykonano 28.090 razy zabieg dopełnienia odmy opłucnej.

Ponieważ liczba ta nie obejmuje ani sanatorjów, ani szpitali, ani stacyj odmowych Ubezpieczalni Społecznych, więc nie będzie przesadą, jeżeli jako liczbę ogólną dopełnień odmy w Polsce w tym roku przyjmiemy liczbę podwójną, to znaczy blisko 60.000 zabiegów.

Ponadto liczba ta wykazuje stały wzrost. Naprzykład, w 1931 roku w poradniach przeciwgruźliczych wykonano zabieg odmy 13.052 razy, w 1932 r. — 18.354 razy, a w r. 1933 — jak podaliśmy — 28.090 razy. Widzimy więc, że w ciągu dwóch lat liczba zabiegów wzrasta przeszło dwukrotnie.

Dziś nie ulega wątpliwości, że wykształcona pielęgniarka musi dobrze znać zabieg odmy sztucznej, wiedzieć, co to jest odma, dlaczego się ją stosuje, oraz umieć należycie przygotować sprzęt potrzebny do zabiegu i asystować lekarzowi przy jego wykonywaniu.

Cóż to jest odma sztuczna? Zabieg ten polega na wprowadzeniu gazu, zwykle powietrza, do opłucnej. Normalnie płuca zamknięte są w klatce piersiowej, szczelnie ją wypełniają, lecz nigdzie nie są zrośnięte ze ścianami klatki piersiowej. Jeśli wprowadzimy przez igłę powietrze do wąskiej szczeliny pomiędzy ścianką (opłucną) płuca, a ścianką (opłucną) klatki piersiowej, to, w miarę zwiększania się ilości wprowadzonego powietrza,

płuco będzie coraz bardziej przez to powietrze odpychane od ścian klatki piersiowej. Zamiast wąskiej szczeliny między płucem i ścianą klatki piersiowej, otrzymamy mniej lub więcej szeroką przestrzeń, wypełnioną powietrzem. W ten sposób szczelinowata jama opłucnej „odęła“ się tak, że przeistoczyła się w całą, nieraz bardzo obszerną, komorę powietrzną — stąd nazwa „odmy opłucnej“.

Rozważmy teraz, czy i jaki wpływ wywiera odma opłucna na płuco? Odepchnięte przez odmę od ścian klatki piersiowej płuco, zmniejsza swą objętość, mniej rozciągając się przy wdechu; płuco spada się, tak jak spada się płuco wyjęte (na sekcji zwłok) z klatki piersiowej. To zmniejszenie objętości płuca pod wpływem odmy, to spadnięcie się płuca, ma bardzo ważne znaczenie dla leczenia ogniska chorobowego, najczęściej ogniska gruźlicy w tem płucu. Żmudne i bardzo skomplikowane badania wykazały, że przez płuco, spadnięte pod działaniem odmy, przepływa mniej kwi i limfy, niż przez płuco nie spadnięte, a prąd obu tych płynów jest zwolniony. Przytem bardzo ciekawy jest fakt, że szczególniej zaznacza się to zmniejszenie i zwolnienie w obrębie krwiobiegu małego, to znaczy właśnie krwi, która ma się utlenić w płucach, przepływa przez płuco spadnięte mniej. Cóż to znaczy? Znaczy to, że czynność płuca, jako narządu utleniającego, jest pod wpływem odmy obniżona; płuco takie ma „odpoczynek“ w swojej pracy zwykłej, w której bez odmy nigdy nie zna przerwy, ani odpoczynku.

Ale zmniejszenie i zwolnienie prądu krwi i limfy w płucu spadniętem ma jeszcze inny i bardzo dodatni wpływ na przebieg leczenia. Wiemy, że w płucu chorem, które np. w gruźlicy płuc jest siedliskiem zarazków gruźliczych, wytwarzają się nieraz bardzo znaczne ilości jadów, toksyn, które, przedostając się do krwi i limfy i krążąc w ustroju, zatruwają go. Stąd gorączka, dreszcze, poty, chudnięcie, brak apetytu, a nieraz biegunki, czy zaparcia u ludzi chorych na gruźlicę płuc. Zwolnienie i zmniejszenie prądu krwi i limfy w płucu spadniętem sprawia, że mniejsza ilość toksyn przedostaje się do krwi i limfy, a samo przedostawanie odbywa się wolniej. W ten sposób ustrój, mniej zatruwany jadami z ogniska choroby, może łatwiej walczyć z zarazkiem. To też nie dziwimy się, jeżeli obserwujemy często, jak po paru tygodniach odmy leczniczej, chory przestaje gorączkować, odzyskuje apetyt, jednem słowem zaczyna poprawiać się.

Poza tem działaniem, odma może bardzo skutecznie przyczynić się do gojenia jam (kawern) w płucu. Odmę stosuje się najczęściej w gruźlicy płuc i to właśnie w gruźlicy jamistej. Gojeniu się jam w płucach przeszkadzają zwykle następujące okoliczności:

Płuco, wypełniając całą klatkę piersiową, nie może (bez odmy) spaść się. Dlatego i jama nie może skurczyć się tak, by jej ściany wewnętrzne zetknęły się ze sobą i zarosły — żeby powstało zagojenie, zabliźnienie na

miejscu jamy. Do tego jama „wietrzona“ stale przez powietrze doprowadzane do niej przez oskrzela przy wdechu, jest stale przez to powietrze rozdymana, co naturalnie również przeszkadza spadnięciu się i gojeniu się jamy. Wszystkie te niekorzystne warunki gojenia się jam odma zmienia w kierunku bardzo pożądanym. Istotnie: po założeniu odmy, płuco odsuwa się od ścian klatki piersiowej, kurczy się, — z niem razem zmniejsza się i jama, jej ścianki mogą już zbliżyć się do siebie i zrastać się, goić się, tem bardziej, że nie będą już teraz ciągle rozsuwane przez wdychane przez oskrzela do jamy powietrze. I nieraz bardzo dobrze widzieć można na zdjęciu rentgenowskiem, jak pod wpływem odmy jama z okrągłej dziury staje się owalną, potem szczelinowatą lub gwiaździstą, by wreszcie zniknąć, ustępując miejsca wąskiej bliźnie. Gojenie się jam wymaga długiego czasu. To też raz założoną odmę trzeba podtrzymywać przez 2 — 3 lata, a czasem dłużej nawet, dopełniając odmę zrazu co kilka dni, a później co kilka tygodni.

Jeśli więc krótko streścimy powyższe rozważania, to powiemy: odma pomaga do zdrowienia płuca i poprawy stanu ogólnego, bo:

1) daje odpoczynek płucu choremu;
2) powoduje zmniejszenie wchłaniania do ustroju jadów z ogniska chorobowego w płucu;
3) ułatwia gojenie się jam w płucu.

Niektórzy badacze dowodzą ponadto, że odma stwarza niekorzystne warunki dla prątków gruźliczych w ognisku płucnem, ponieważ ilość powietrza w takiem płucu »odmowem“ jest mniejsza, a więc prątki dostają mniej tlenu. Możnaby powiedzieć, że odma, zmniejszając utleniającą czynność płuca, może do pewnego stopnia wywołać stałe »duszenie“ się prątków, osłabiając je w ten sposób. Wszelkie ścisłe doświadczenia i badania nad płucami choremi i poddanemi działaniu odmy są bardzo trudne, dlatego niełatwo jest zbadać i ustalić wszystkie okoliczności, które zachodzą w płucu spadniętem.

Przypuszczalnie nie znamy dziś jeszcze wielu innych powodów, dla których odma działa leczniczo.

W każdym razie faktem niezbitym jest, że odma działa leczniczo, że leczy gruźlicę płuc.

Na pytanie, jak często odma jest skuteczna, trudno odpowiedzieć ściśle. Obliczenia statystyczne wykazują, że na stu ludzi chorych na gruźlicę płuc, u których zastosowano odmę, około 50-ciu, (a więc połowa), albo wyzdrowiało, albo poprawiło się na tyle, że odzyskało trwałą zdolność do pracy. Trzeba jednak wziąć pod uwagę, że wśród tych 100 ludzi było dużo rozmaitych postaci gruźlicy, oraz, że sam rodzaj odmy był u nich bardzo różny.

U jednych odma była zastosowana dość wcześnie, u innych w późnym, groźnym okresie choroby; jednym udało się założyć odmę dużą, dostateczną, żeby dać pożądany ucisk płuca i jam, u innych zrosty nie pozwoliły uzyskać dobrej odmy; w pewnych przypadkach odma spowodowała spadnięcie kawerny, w innych zrosty nie pozwoliły kawernie zmniejszyć się, i odma nie mogła przyczynić się do gojenia takiej jamy.

Widzimy więc, że nie należało wszystkich tych przypadków obliczać razem. Gdybyśmy uwzględnili tylko te przypadki, w których odma zastosowana była w porę, oraz wykonana i utrzymywana należycie, to przekonalibyśmy się, że skuteczność odmy znacznie przewyższa 50%. Nie będzie bynajmniej przesadnem twierdzenie, że w odpowiednich przypadkach i należycie zastosowana odma daje wyleczenie prawie w 90%. Dotąd nie znamy żadnego środka leczniczego, któryby dawał lepsze wyniki. Nic też dziwnego, że uważamy odmę za najlepszą, najpewniejszą metodę leczniczą w gruźlicy płuc.

Ostatni IX-ty Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, który odbył się we wrześniu 1934 roku w Warszawie, zaznaczył to z całą stanowczością, nawołując do najszerszego stosowania odmy w sanatorjach i poradniach przeciwgruźliczych.

Decyzja co do wyboru metody leczniczej należy zawsze do lekarza. Ważnem jest jednak, żeby i pielęgniarka rozumiała znaczenie odmy, jako najskuteczniejszej metody leczniczej w gruźlicy płuc, — żeby była przekonaną zwolenniczką odmy. Bo przecież i dziś zdarza się często, że chory, któremu lekarz poradni, czy sanatorjum chce zastosować odmę, nie zgadza się na ten sposób leczenia. Tu rola pielęgniarki może być bardzo ważna, — ona przecież ma najbliższy kontakt z chorym, ona odwiedza go w domu, i ona to właśnie może i powinna przyczynić się do uzyskania zgody chorego na zabieg. Tem bardziej, że właściwie mówiąc, ta metoda leczenia nie powoduje zwykle żadnych ciężkich powikłań, to znaczy, że naogół chory nie »ryzykuje“ nic, pozwalając zastosować odmę. Odwrotnie zaś, nie stosując odmy w przypadkach gruźlicy płuc, możemy ryzykować bardzo dużo, bo prawie zawsze doczekamy się w tych przypadkach wcześniej lub później — śmierci z suchot uogólnionych.

Poznawszy teoretycznie zalety odmy, przechodzimy do strony praktycznej, do techniki wykonania tego zabiegu lekarskiego.

Technika zabiegu

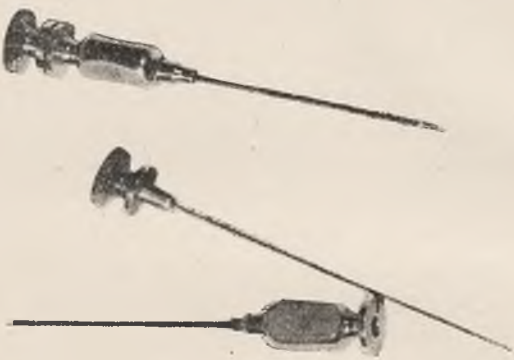
Odmę opłucną, jak mówiliśmy wyżej, otrzymujemy przez wprowadzenie gazu do jamy opłucnej, to znaczy pomiędzy płuco, a ścianę klatki piersiowej. W Polsce nie stosuje się innych gazów, poza zwykłem powietrzem. Będziemy więc dalej mówić zawsze o wprowadzaniu powietrza, pamiętając zresztą, że zamiast powietrza, można wprowadzać inne gazy, np. azot, tlen itd.

Żeby wprowadzić powietrze do opłucnej, trzeba trafić do niej poprzez ścianę klatki piersiowej. W tym celu używa się igły. Zatem trafiamy do opłucnej drogą nakłucia opłucnej (punkcja opłucnej).

Igłę tę łączymy z tym lub innym aparatem odmowym. Ponieważ przebicie ściany klatki piersiowej, czyli tak zwane nakłucie opłucnej jest połączone z bólem — można stosować znieczulenie ściany klatki piersiowej. Że zaś nakłucie opłucnej, rzecz jasna, musi być wykonane jałowo — musimy wiedzieć, w jaki sposób należy wyjaławiać narzędzia, używane do zabiegu, oraz skórę nakłuwaną.

Wszystkie te zagadnienia omówimy kolejno.

1. Igły, których używa się do nakłucia opłucnej, celem założenia lub dopełnienia odmy, mogą być rozmaite. Zwykła igła od strzykawki Record, taka, jakiej się używa do wstrzykiwań domięśniowych, zawiesin



Rys. 1. U góry igła z mandrynem, niżej mandryn i igła leżą koło siebie.

oleistych, jak np. bismutu, czy rtęci, lub nieco grubsza, jak do wypuszczania płynu z opłucnej, może być z powodzeniem użyta do odmy.

Naogół jednak używa się do odmy igieł specjalnych, takich, jak na rysunku 1. Różnią się one od zwykłych igieł tem, że

a) mają mandryn,

b) nasadę tak wykończoną, żeby można było przy nakłuwaniu wygodnie ująć igłę bez strzykawki,

c) znoszą wyjaławianie na sucho (w suszarce) do 200° C.

Te trzy zalety igieł odmowych są bardzo cenne przy wykonywaniu zabiegu, ponieważ dzięki nim:

a) Przekłuwamy skórę i mięśnie igłą z mandrynem i unikamy przez to możliwości zatkania się światła igły jakimś urywkiem podściółki tłuszczowej czy mięśnia, lub krwią, jeżeli w czasie przechodzenia przez ścianę klatki piersiowej zranimy jakieś naczyńko krwionośne. Mandryn pozwala też sprawdzić zawsze drożność igły, tkwiącej w ścianie klatki piersiowej, bez

obawy skaleczenia głębiej leżących tkanek, ponieważ długość mandrynu ściśle odpowiada długości igły.

b) Wygodnie i mocno ujmując igłę za specjalną nasadę, mamy pewność ruchów przy nakłuciu i później wygodę przy trzymaniu igły w czasie trwania zabiegu.

c) Możność wyjaławiania igieł odmowych na sucho jest także ważną ich zaletą. Przy wyjaławianiu igieł zapomocą gotowania ich w wodzie, w świetle igły pozostaje woda; jeśli przed zabiegiem odmy woda ta nie będzie usunięta przez przedmuchanie igły strzykawką lub przetkanie jej mandrynem, to mała nawet kropelka wody, pozostająca w igle i zamykająca jej światło, będzie przeszkadzała w wykonywaniu odmy, ponieważ uniemożliwi lub utrudni powstanie normalnych wahań poziomu wody w manometrze aparatu odmowego. Wahania zaś te są konieczne, żeby lekarz mógł zorjentować się, czy otwór igły jest w jamie opłucnej, a więc, czy można już przez tę igłę wprowadzać powietrze [1]).

2) Aparaty do odmy bywają rozmaite. Wogóle rozróżniamy dwa typy tych aparatów, a mianowicie:

a) aparaty zbudowane na zasadzie naczyń połączonych, albo

b) aparaty typu większej lub mniejszej strzykawki.

Ponieważ w Polsce prawie powszechnie używa się obecnie aparatów pierwszego typu, omówimy więc szczegółowo tylko takie aparaty.

Zasada naczyń połączonych polega na tem, że jeżeli napełnimy je jakimś płynem, to poziom płynu w obu naczyniach będzie zawsze jednakowy; jeżeli jedno naczynie uniesiemy ku górze, to poziom płynu w obu naczyniach natychmiast się wyrówna, ponieważ część płynu z naczynia uniesionego spłynie do naczynia dolnego.

W aparatach odmowych zazwyczaj mamy albo a) oba naczynia nieruchome (typ aparatu Forlaniniego), albo b) jedno naczynie ruchome, a drugie nieruchome (aparat Küssa i wiele niemieckich). albo też c) oba naczynia ruchome względem siebie. W Polsce najczęściej są używane albo aparaty typu „a", albo aparaty typu „c", mianowicie aparat dra Jasińskiego, wyrabiany przez firmę Jodłowski w Warszawie.

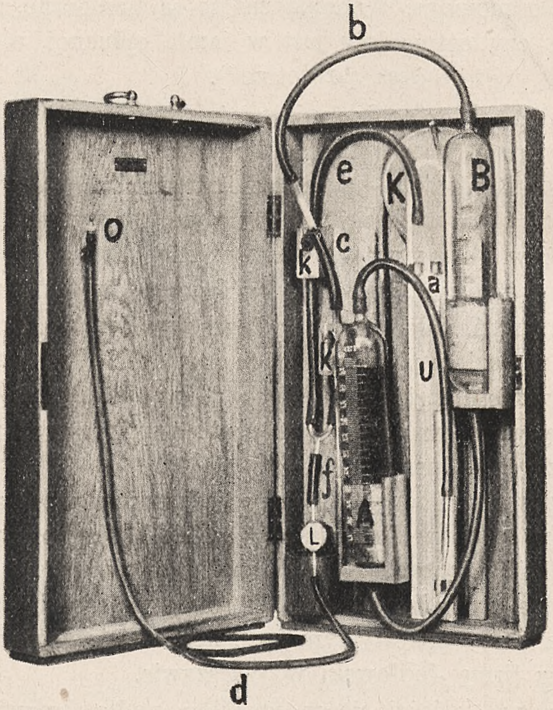
Cały przyrząd mieści się w płaskiem pudle drewnianem. Po otworzeniu pudła w ustawieniu pionowem, widzimy właściwy aparat odmowy:

---

[1]) Czasem używa się do odmy, szczególniej przy zakładaniu pierwszej odmy, igieł bardziej złożonych, t. zw. trójgrańców Küssa lub innych. Trójgraniec różni się od zwykłej igły odmowej tem, że a) posiada dwa mandryny, jeden ostry do przebicia skóry, drugi tępy do przechodzenia przez mięśnie i opłucną, b) od światła igły jest dodatkowe boczne odprowadzenie, co pozwala odczytywać wahania manometru w czasie wbijania igły. Trójgrańców zresztą używa się coraz rzadziej, ponieważ większość lekarzy uważa, że lepiej kłuć ostrym, a nie tępym mandrynem.

(rysunek 2). Składa się on z 1) dwu cylindrycznych naczyń szklanych **A** i **B** oraz 2) z **U**-manometru wodnego (na rysunku **U**), umieszczonego pomiędzy cylindrami. Naczynia **A** i **B** są ruchome względem siebie, to znaczy zarówno cylinder **A**, jak i cylinder **B** można unieść ku górze (na rysunku cylinder **B** jest uniesiony) lub opuścić w dół. Rzemyk przerzucony przez kółko drewniane **K** i łączący oba naczynia sprawia, że jednocześnie z unoszeniem ku górze jednego cylindra, drugi tyleż opuszcza się ku dołowi. Dolne ujścia cylindrów są połączone ze sobą zapomocą rurki gumowej.

Jeśli napełnimy wodą jeden cylinder, to przez tę rurkę gumową woda będzie przedostawać się i do drugiego cylindra, o ile stoją one na równym poziomie. Jeżeli jeden cylinder uniesiemy wysoko w górę, tak jak cylinder **B** na rysunku, to woda z niego spłynie do cylindra, umieszczonego niżej, (na



Fot. M. Fuks, Warszawa.

Rys. 2. Polski aparat do odmy (Jasińskiego)

rysunku do cylindra **A**). Jeżeli teraz będziemy unosić ku górze ten napełniony wodą cylinder **A**, wraz z opuszczaniem w dół cylindra **B**, to woda z cylindra **A** spływać będzie przez dolną rurkę do cylindra **B**, aż do czasu, gdy poziomy wody w obu naczyniach będą jednakowe. Na górnych ujściach cylindrów widzimy również gumowe rurki **a** i **b**. Każda z nich kończy się rurką szklaną z końcem zwężonym tak, że można go wygodnie włączyć lub wyłączyć z gumki **c**. Na rysunku widzimy koniec szklany rurki **b**, włączony

do rurki **c**, zaś koniec szklany rurki **a** zwisa wolno. Cylinder więc **B** przez rurki **b** i **c** jest połączony 1) z jednej strony z długą rurką gumową **d**, zakończoną oliwką metalową **o**, na którą nasadza się igłę odmową, 2) z drugiej zaś strony przez rurkę **e** — z wodnym U-manometrem. Jeżeli w takiem zestawieniu i połączeniu cylindrów zaczniemy cylinder **B** spychać w dół (po specjalnem łożysku drewnianem w aparacie), to cylinder **A** będzie szedł w górę, a woda z cylindra **A** przepływać będzie do cylidnra **B**, napełniając go stopniowo. Woda ta będzie wypychała z cylindra **B** przez otwór górny powietrze. Powietrze nie będzie miało drogi innej, jak tylko przez rurki **b**, **c** i **d** oraz oliwkę i igłę. Jeżeli igła tkwić będzie w opłucnej, to powietrze z cylindra **B** przedostawać się będzie przez igłę do opłucnej i tworzyć odmę opłucną. Podziałki na cylindrze pozwalają obliczyć ściśle ilość powietrza, wprowadzoną do opłucnej.

Pojemność każdego cylindra wynosi w aparacie Jasińskiego 300 cm^3. Przy dopełnieniu odmy trzeba będzie często wprowadzić do opłucnej znacznie więcej powietrza, niż 300 cm^3, np. 500, a nawet 800 i 1000 cm^3. Aparat nasz pozwala bardzo wygodnie wykonać tak nawet duże dopełnienia. Mianowicie po wyczerpaniu całego powietrza z cylindra **B**, to znaczy po wypełnieniu go wodą napływającą z cylindra **A**, będziemy mieli sytuację odwrotną, niż na rysunku. Obecnie cylinder **B** będzie na dole i napełniony wodą, zaś cylinder **A** — na górze i pusty. Wystarczy wyłączyć z rurki **c** koniec szklany rurki **b**, i zamiast niej włączyć do rurki **c** koniec szklany rurki **a**, żeby znów pobierać powietrze do odmy z cylindra **A**, unosząc w górę cylinder **B** i spychając w dół cylinder **A**.

W czasie całego zabiegu, mamy też stale połączenie cylindra »pustego“ to znaczy tego, z którego pobieramy powietrze na odmę z U-manometrem, a to przez rurkę gumową **c**, rurkę szklaną **f** i gumową rurkę **e**. Kurki szklane **k** pozwalają dowolnie przerywać połączenie pomiędzy »pustym“ cylindrem, a igłą i manometrem.

W szklanych końcach rurek **a** i **b** widzimy watę, włożoną tam w tym celu, żeby powietrze, które przez te końce szklane i rurki **a** i **b** przedostaje się do cylindrów, uległo oczyszczeniu, filtrując się przez watę. Watą też jest napełnione rozszerzenie szklanej rurki **l**, żeby raz jeszcze przefiltrować przez nią powietrze, idące do igły i opłucnej.

Przygotowanie aparatu do zabiegu

Cylindry napełnić wodą, najlepiej destylowaną tak, żeby woda wypełniała cały jeden cylinder do podziałki 300 cm^3; w drugim poziom wody powinien sięgać zera. Ten »pusty“ cylinder włączyć do rurki **c**. Wodę zwykle podbarwiamy barwikiem dowolnym (fuksyna, błękit metylowy, eozyna), żeby lepiej widać było poziom wody. Tą samą podbarwioną wodą napełnić U-manometr tak, żeby poziom wody sięgał ściśle zera. Sprawdzić, czy:

a) w końcach i rurkach szklanych jest wata, b) czy rurki gumowe są elastyczne, czy niema w nich pęknięć, c) czy kurki szklane funkcjonują należycie, d) czy przesuwanie cylindrów po łożyskach drewnianych jest łatwe, (jeśli jest tarcie, to posmarować mydłem). Gumkę **d**, wraz z oliwką **o** przed zabiegiem trzeba wygotować i osuszyć ruchem wirowym, poczem połączyć ją z rurką szklaną **f**, oliwkę zaś (nie dotykając, steril!) umieścić w specjalnej łapce na pokrywce pudła aparatu, jak na rysunku 2. Aparat ustawia się na stoliku koło łóżka chorego, zwykle z lewej strony łóżka. Gumka **d** musi być tak długa, żeby oliwką można było sięgnąć aż do miejsca nakłucia opłucnej. W czasie wykonywania zabiegu, lekarz sam manipuluje cylindrami. Rola pielęgniarki jest bierna.

3. Wyjaławianie igieł najlepiej wykonać „na sucho“, to znaczy w suszarce przy temp. 180° C przez 30 minut. Najlepiej sterylizować każdą igłę w osobnej małej probówce, zatkanej watą. Najwygodniej używać do tego specjalnych probówek ze zwężeniem w środku probówki. Zwężenie to utrzymuje igłę w pozycji wiszącej; dzięki temu nie może ona rozbić dna probówki przy nieostrożnem obchodzeniu się.

Można zresztą używać i zwykłych probówek, wkładając na dno mały wacik, lub lepiej gazik. Jeżeli nie posiadamy suszarki, to sterylizujemy igły do odmy, jak zwykłe igły, to znaczy gotujemy je w wodzie przez 3 minuty. W tym wypadku należy przed użyciem dobrze igłę przedmuchać, żeby nie zawierała wody.

4. Dezynfekcji skóry w miejscu nakłucia można dokonać zwykłą jodyną; lepiej jednak użyć do tego mieszanki z 30 części jodyny i 70 części chloroformu. Mieszanka ta nie drażni skóry i da się po zabiegu zmyć spirytusem bez śladu. Jest to ważne w odmie, bo przecież jest to zabieg, który w czasie kuracji powtarzamy wielokrotnie, kłując zawsze w tem samem miejscu — stałe więc drażnienie jodyną, szczególniej u ludzi z delikatną skórą, jest niepożądane, bo powoduje zapalenie skóry i nawet blizny, stwardnienia, szpecące skórę i utrudniające później nakłuwanie. Rankę, która pozostaje w skórze po wyjęciu igły, zwykle pozostawiamy bez opatrunku.

5. Znieczulanie pola zabiegu. Najczęściej nie używa się żadnego znieczulenia: jeżeli przekłucie skóry wykonane jest prędko i pewnie, to jest ono bardzo mało i krótko bolesne. Czasem jednak lekarz będzie używał znieczulenia. Stosuje się albo: a) znieczulenie nasiękowe novocainą, polocainą, percainą lub podobnym środkiem, albo b) znieczulenie zamrażające: chlorkiem etylu. Novocainy używa się w roztworze 1 lub pół procentowym. Do znieczulenia nasiękowego, jak zawsze, potrzebna będzie strzykawka (wystarczy 2 cm^3) i igła. Będzie to cienka igła, jak do wstrzykiwań podskórnych, lub nieco większa (u chorych tęgich), jak do wstrzykiwań kamfory.

Częściej stosuje się znieczulenie zamrażające zapomocą chlorku etylu.

6. Ułożenie chorego. Kiedy wszystko jest już do zabiegu przygotowane, dopiero wtedy układamy chorego. Pozycja chorego może być rozmaita, zależnie od tego, w którem miejscu lekarz będzie kłuł. Może więc czasem chory leżeć nawznak lub na brzuchu, najczęściej jednak miejscem nakłucia opłucnej jest 3, 4 lub 5-te międzyżebrze w przestrzeni pomiędzy przednią, a tylną linją pachową. Dlatego najczęściej chory leży na zdrowym boku. Niektórzy lekarze zalecają podkładanie wałka lub poduszki pod zdrowy bok, a to w tym celu, żeby uwypuklić lepiej nakłuwane międzyżebrze po stronie chorej. Coraz częściej jednak obecnie układa się chorego zwyczajnie na zdrowym boku bez podkładania wałka; głowa leży nie wysoko, oparta na poduszce. Ręka strony chorej, uniesiona ku górze i najlepiej zgięta w łokciu i oparta pięścią o głowę chorego. Można też wyciągnąć rękę w górę, poza głowę chorego. U chorych pobudliwych dobrze jest trzymać mocno rękę tę w czasie zabiegu; często rolę tę pełni pielęgniarka, asystująca przy odmie.

Po wykonaniu zabiegu, należy oczyścić igłę. W aparacie otworzyć oba kurki i przechowywać aparat w pozycji stojącej w pudle zamkniętem. Od czasu do czasu trzeba zmienić wodę w cylindrach i manometrze i przepłukać części szklane.

Powikłania

Zapoznanie się z zabiegiem odmy nie byłoby kompletne, jeżelibyśmy nie poznali powikłań, które zdarzają się w czasie leczenia odmą. Zwykle odma jest to zabieg bardzo prosty i łatwy, chory znosi go bardzo dobrze, w czasie zabiegu niema żadnych dolegliwości, często — wbrew zleceniu lekarza — rozmawia i śmieje się w czasie dopełniania odmy. Czasem jednak, choć raczej rzadko, w czasie zabiegu występują rozmaite dolegliwości, a w wyjątkowych przypadkach w czasie zabiegu może nawet nastąpić nagła śmierć pacjenta.

Najczęstszem powikłaniem bywają bóle w klatce piersiowej, — ból zwykle ustępuje wnet po wyjęciu igły; czasem trwa kilka lub kilkanaście godzin, poczem ustępuje, nie sprowadzając żadnych poważniejszych komplikacyj.

Czasem po zabiegu odmy występuje krwioplucie. Zwykle trwa ono krótko i nie sprowadza poważniejszych powikłań.

Gorszem, choć znacznie rzadszem powikłaniem jest omdlenie chorego, połączone z zapaścią sercową. Czasem dołączają się do tego drgawki, utrata wzroku. Są to objawy gazowego zatoru w mózgu. Zwykle objawy te szybko, bo w czasie kilku minut lub najwyżej kilku godzin znikają bez śladu. W wyjątkowych przypadkach jednak może z powodu zatoru nastąpić nagła śmierć.

We wszystkich powikłaniach, połączonych z osłabieniem czynności serca (zapaść), postępujemy, jak w każdej zapaści, to znaczy stosujemy środki nasercowe w zastrzykach, najlepiej strychninę, coffeinę, kamforę. Należy też ułożyć chorego głową w dół, ewentualnie unieść mu nogi.

Obliczają, że procent przypadków śmierci wynosi 0,016, to znaczy, że na 100.000 zabiegów, zdarza się 16 przypadków śmierci. Trzeba dodać, że w ostatnich latach, w związku z lepszą techniką odmy, a może i większą ostrożnością przy jej wykonywaniu, odsetek nagłych zgonów jeszcze się zmniejsza.

Należy jednak podkreślić, że nigdy, zapewne, nie będzie można absolutnie uniknąć spowodowania śmierci przez ten zabieg, a to dlatego, że lekarz, wbijając igłę w klatkę piersiową, nie może wiedzieć, czy nie przebije jakiegoś naczynia krwionośnego — ponieważ kłuje „na ślepo". Rozumiemy stąd, że bardzo często powikłania odmowe nie zależą od lekarza. Pamiętać należy, jak wiele dobrego może zdziałać odma w gruźlicy płuc i nie zrażać się pojedyńczemi zabiegami nieudanemi.

Praktycznie rzecz biorąc, pamiętać trzeba o możliwości wystąpienia objawów zapaści w czasie odmy i dlatego przygotować sobie strzykawkę do możliwego zastrzyku strychniny, czy coffeiny.

Poza powikłaniami, które występują w czasie wykonywania zabiegu w przebiegu leczenia odmą, zdarzają się często powikłania inne. Najczęstszem będzie wysiękowe zapalenie opłucnej (tak zwana przez chorych „woda w boku"). Zapalenie to nie stanowi zwykle powikłania ciężkiego i przechodzi po kilku tygodniach lub miesiącach. Czasem, choć znacznie rzadziej, w czasie leczenia odmą, obserwujemy dołączenie do odmy sztucznej — odmy samorodnej. Poznajemy to zwykle po objawach duszności, a czasem i osłabieniu czynności serca.

Wszystkie te powikłania nie mogą przekreślić wielkich zalet odmy, jako metody leczenia gruźlicy płuc — o tem zawsze należy pamiętać, bo przecież, powtórzmy raz jeszcze, nie mamy dziś żadnej lepszej metody, można powiedzieć, że jedyną skuteczną metodą leczenia gruźlicy płuc jest odma sztuczna.

Dr. med. Janina Misiewicz

IX Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego

W niniejszem sprawozdaniu pragniemy zaznajomić nasze Czytelniczki z tematami, omawianemi na Zjeździe Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, który odbył się w Warszawie w dniach 4, 5 i 6-go września 1934 roku. Podajemy krótkie streszczenia referatów na tematy biologiczny i kliniczny, — dłużej natomiast zatrzymamy się na temacie społecznym, nas, pielęgniarki, najwięcej obchodzącym.

Profesor Leon Karwacki (Warszawa) w swym referacie p. t.: „Zmienność biologiczna zarazka gruźlicy" podaje zarys historycznego rozwoju badań nad wielopostaciowością zarazka gruźliczego.



Nauczanie na otwartem powietrzu w prewentorjum w Ustroniu

Następnie przechodzi do badań własnych oraz innych uczonych. Autor stwierdza, że kwasoodporny prątek gruźliczy zmienia swój wygląd zewnętrzny i własności chorobotwórcze w zależności od warunków bytowania na pożywkach i w ustrojach ludzkich. W odpowiednich warunkach te odmienne postaci zarazka znowu wrócić mogą do postaci kwasoodpornego prątka gruźliczego. W zakażeniu gruźliczem autor widzi trzy etapy: okres bezobjawowy, okres dystrofji (zachwiania równowagi ustroju) i okres charłactwa, wywołane przez zarazek przesączalny; inne postaci zarazka

wywołują gruźlicę zapalną, inne jeszcze — gruźlicę o cechach gruzełkowatych i serowatych. Różnorodność obrazów w gruźlicy zależna jest od przemian zarazka w obu kierunkach.

Profesor V. Putti (Italja): Postaci gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie. Gruźlica kostno-stawowa jest miejscowym i wtórnym przejawem gruźlicy narządów wewnętrznych, zwłaszcza — płuc. Leczenie klimatyczne, bezspornie dodatnie, powoduje przyzwyczajenie, należy więc je stosować z przerwami na zmianę z innemi bodźcami. Działalność swoista energji promienistej słońca jest tu wątpliwa. Niema też wpływu — w porównaniu z wynikami leczenia innych postaci gruźlicy — leczenie swoiste, odpornościowe i chemiczne oraz dietetyczne. W każdych warunkach chory staw musi być unieruchomiony, przyczem metoda opatrunku gipsowego okazała się najlepsza. Jeśli chodzi o interwencję chirurgiczną, coraz większe zainteresowanie wywołują operacje, mające na celu wynik mechaniczny, polegający na przyśpieszeniu zesztywnienia unieruchomiającego staw. Operacja usztywniająca jest bardziej wskazana w okresie gojenia się, niż w okresie czynnym, a w chorobie Potta jest skuteczniejsza u dorosłego, niż u dziecka.

P. John Kingsbury wygłosił odczyt, opracowany na podstawie doświadczeń w Stanach Zjednoczonych p. t.: Metody szczególne zwalczania gruźlicy w okręgu wiejskim o niskiej umieralności z gruźlicy.

Drugi dzień Zjazdu poświęcony był referatom na tematy społeczne.

Odczytano referat niedawno zmarłego znakomitego uczonego prof. Leona Bernard z Paryża, którego śmierć okryła żałobą obrady Kongresu. Ś. p. prof. Leon Bernard był gorącym zwolennikiem i propagatorem ruchu pielęgniarskiego we Francji, twórcą i współpracownikiem wielu instytucyj przeciwgruźliczych, między innemi umieszczania w rodzinach wiejskich niemowląt z rodzin gruźliczych.

Praca jego: Zużytkowanie przychodni przeciwgruźliczych dla leczenia chorych na gruźlicę stwierdza raz jeszcze wagę i niezbędność tych instytucyj w całokształcie walki z gruźlicą.

Klasyczną podstawą poradni przeciwgruźliczej, według jej twórcy, Calmette'a, który w 1899 roku zorganizował pierwszą poradnię w Lille, jest zasada wyłącznie zapobiegania gruźlicy. „Ustalono — i do tej pory jeszcze jest to wyryte w wielu umysłach, — że w poradni niema miejsca na leczenie. Do poradni należy praca higjeniczna i profilaktyczna. Leczenie leży w rękach poszczególnych lekarzy, zajmujących się chorymi poza poradnią. Poradnia, za pośrednictwem pielęgniarek. czuwa tylko nad higjeną mieszkań. zachowaniem się chorego, oraz służy pomocą poszczególnym lekarzom tak przez swoje możliwości diagnostyczne (lekarz - specjalista, wy-

posażenia techniczne), jak i przez wpływ wywierany na chorych oraz możliwości umieszczania w zakładach chorych i ich dzieci". Oto dawna doktryna, która powstała wtedy, gdy jedynym sposobem leczenia było sanatorjum, kiedy więc poradnia w żaden sposób leczenia tego podjąć się nie mogła.

Odtąd jednak sposoby leczenia gruźlicy niezmiernie rozszerzyły się i postąpiły. Wszystkie statystyki zgodnie stwierdzają skuteczność leczenia odmą sztuczną. Według Schrödera na 75.000 chorych prątkujących 50 tysięcy kwalifikuje się do odmy. Wyzdrowienie po odmie nie jest całkowite, stan chorego wymaga ciągłej obserwacji, opieki i dopełniania odmy. Kto ma się tem zajmować? Poradnia. Zakładanie odmy jest wprawdzie leczeniem, ale leczeniem zapobiegawczem, ponieważ odma nietylko leczy chorego, ale i niszczy źródła zakażenia. Poradnia przeciwgruźlicza nabiera przez to podobieństwa do poradni przeciwwenerycznych i przeciwmalarycznych, w których obu stosuje się leczenie.

Przeciw poradni przeciwgruźliczej leczniczo - zapobiegawczej pojawiają się trojakie sprzeciwy. Po pierwsze — natury doktrynerskiej, pryncypjalnej. Ale w medycynie niema nienaruszalnych dogmatów. Dawna zasada, powzięta w czasach, gdy lecznictwo gruźlicy było jedynie sanatoryjne, nie może ostać się dziś. Naczelnem hasłem każdego lekarza jest służba choremu, „jeśli może mu pomóc, leczyć go, a nawet — wyleczyć, to czyż dopuszczalną rzeczą jest uchylać się od tego obowiązku pod pretekstem, że zasada na to nie pozwala?"

Drugi sprzeciw, natury prawnej, tak dobrze, jak nie istnieje, bo zarówno we Francji, jak i w innych krajach (autor cytuje Anglję, Niemcy, Italję), przepisy nie sprzeciwiają się tego rodzaju charakterowi leczniczemu poradni.

Trzeci sprzeciw — to obrona zawodowych interesów, które muszą być zawsze brane pod uwagę, jakiekolwiek byłyby prądy nowoczesnej medycyny społecznej. Żądania lekarzy można jednak łatwo zaspokoić, uzależniając leczenie w poradniach od trzech warunków:

1) ograniczenia pacjentów poradni do pewnej kategorji tak pod względem społecznym, jak klinicznym;

2) porozumienia między lekarzem leczącym i poradnią;

3) uznania zasady przez grupy zawodowe (syndykaty lub stowarzyszenia).

Kategorję chorych poradnianych tworzą ubodzy, zarejestrowani przez opiekę społeczną, lub kierowani przez ubezpieczalnie, a również chorzy kierowani — co się częściej zdarza, niż można przypuszczać — przez lekarzy prywatnych, a więc ci, którzy nie mogą sobie pozwolić na długie, płatne leczenie.

Z punktu widzenia klinicznego, chorzy wysoko gorączkujący, o postępującym procesie gruźliczym, z komplikacjami, nie mogą należeć do kategorji chorych poradnianych, ale muszą być umieszczani w zakładach. Ze względu jednak na niewystarczającą we wszystkich krajach liczbę łóżek szpitalnych, choremu nawet nie nadającemu się do leczenia poradnianego, lepiej założyć odmę w poradni, niż nie zakładać jej wcale z powodu braku miejsca w szpitalu.

Odma jest jedynem właściwem leczeniem dla poradni, natomiast chrysoterapja (leczenie zastrzykami złota), nie wychodzi poza możliwość zwykłej praktyki lekarskiej i niema żadnych powodów stosowania jej w poradni, chyba, że chodzi o pacjentów ubogich.

Wprowadzenie tych nowych zasad do poradni przeciwgruźliczej jest całkowicie uzależnione od warunków miejscowych: inaczej sprawa przedstawiać się będzie w miastach wielkich, inaczej w małych, jeszcze inaczej — na wsi.

Zasada leczenia nie przekreśla bynajmniej zasady zapobiegania. Wprost przeciwnie: „poradnie w ten sposób pojęte, zostaną, tak jak w przeszłości, osią akcji zapobiegawczej, ale prócz tego podejmą się leczenia pewnych kategoryj chorób“, co tylko dopełni zapobiegania.

„Jeśli chodzi o lekarzy, to nigdy się na to nie zgodzę, aby troska o higjenę i medycynę zapobiegawczą mogła wymazać z ich umysłów przeświadczenie o misji opieki nad chorym. Lekarz przyszłości powinien być przesiąknięty narówni tradycyjnemi zobowiązaniami opieki nad chorym, jak i obowiązkiem wobec zbiorowości, którą chroni. Nie można dopuścić do sprzeczności między obu obliczami Medycyny, ani do antagonizmu w umysłowości Lekarza“.

W drugiej części referatu, prof. Bernard zestawił odpowiedzi na rozesłany przez siebie kwestjonarjusz. Na 43 kraje — odpowiedziało 25. W 21 krajach poradnie wykonują zabiegi lecznicze, w 19 — odmę. 20 krajów wypowiada się za zasadą leczenia, 3 kraje — przeciw.

W dyskusji, między przedstawicielami różnych krajów, z Polski przemawiali: dr. Kazimierz Dąbrowski i dr. Czesław Wroczyński.

Dr. Dąbrowski jest przeciwnikiem zakładania pierwszej odmy w poradniach.

„Mamy możność obserwowania od czasu do czasu w szpitalach chorych ubezpieczonych, których stan zdrowia, zarówno z przyczyn klinicznych, jak i społecznych wymagał koniecznie od początku choroby bezzwłocznego umieszczenia w sanatorjum lub w szpitalu. Chorym tym, niestety, nie proponowano wówczas zakładu leczniczego, lecz bez żadnej obserwacji doraźnie zastosowano odmę ambulatoryjnie i dopiero na skutek wynikłego pogorszenia kierowano czemprędzej tych nieszczęśliwych do szpitala“.

Liczba łóżek dla gruźlików w Polsce (około 63.000 zgonów na gruźlicę rocznie, a tylko 8.680 łóżek!) jest niewystarczająca, a do tego i niewyzyskana wskutek zubożenia zarówno wśród pacjentów, leczących się prywatnie, jak ubezpieczonych lub leczących się na koszt państwa i gminy. W tych warunkach zarówno wśród lekarzy, jak i chorych ambulatoryjne leczenie odmą musi mieć zwolenników.

Jednak dążyć należy do zakładania pierwszej odmy w szpitalu, lub w sanatorjum; dopiero po kilkumiesięcznym pobycie w zakładzie chory może wrócić do domu i uczęszczać do poradni, celem dopełniania odmy.

Dr. Czesław Wroczyński podnosi bezsprzeczne znaczenie poradni przeciwgruźliczej tak z punktu widzenia klinicznego, jak opieki nad chorymi i ich rodzinami i organizacji walki z gruźlicą, której poradnia winna być ośrodkiem. Zmniejszanie się umieralności z gruźlicy jest dziś przedewszystkiem dziełem ulepszenia metod lecznictwa; dziś nie uważa się już leczenia sanatoryjno - dietetycznego za jedyny ratunek. Według dr. Martyszewskiego, na podstawie statystyki stacji odmy sztucznej Warszawskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego 71% pacjentów, u których zastosowano odmę, odzyskało zdolność do pracy, 55,1% przestało prątkować. Z powodu tych postępów w metodach lecznictwa leczenie gruźlicy wymaga lekarza specjalisty, wyszło więc poza obręb możliwości lekarza praktyka.

Z punktu widzenia doktryny walki z gruźlicą, nie było nigdy w Polsce zbytniej ekskluzywności co do zakazu leczenia w poradniach.

„Gdybyśmy pojęcie zapobiegania chorobom społecznym chcieli postawić w świetle nauki, jako przeciwstawienie samego czystego lecznictwa, to na żadnem kryterjum nie możemy się oprzeć. Bo czynność leczenia jest w chorobach zakaźnych czynnością zapobiegania, jako neutralizowanie źródeł zakażenia. Na tem oparte są najważniejsze postulaty w walce z chorobami zakaźnemi“. „Walka z gruźlicą polega w pierwszym rzędzie na leczeniu, w drugim na zapobieganiu, — nie zaś na zapobieganiu i leczeniu“. „Nowoczesny system walki z gruźlicą powinien dążyć do 1) zapewnienia wszystkim chorym na czynną gruźlicę płuc stałej i ciągłej opieki lekarskiej, specjalistycznej i kompetentnej... 2) otoczenia opieką społeczną chorego i jego rodziny i zaspokajanie takich potrzeb, bez których zwalczanie indywidualne choroby i zlikwidowanie jej w ognisku rodzinnem lub środowisku jest niemożliwe i wszelka walka jest nierealna...“

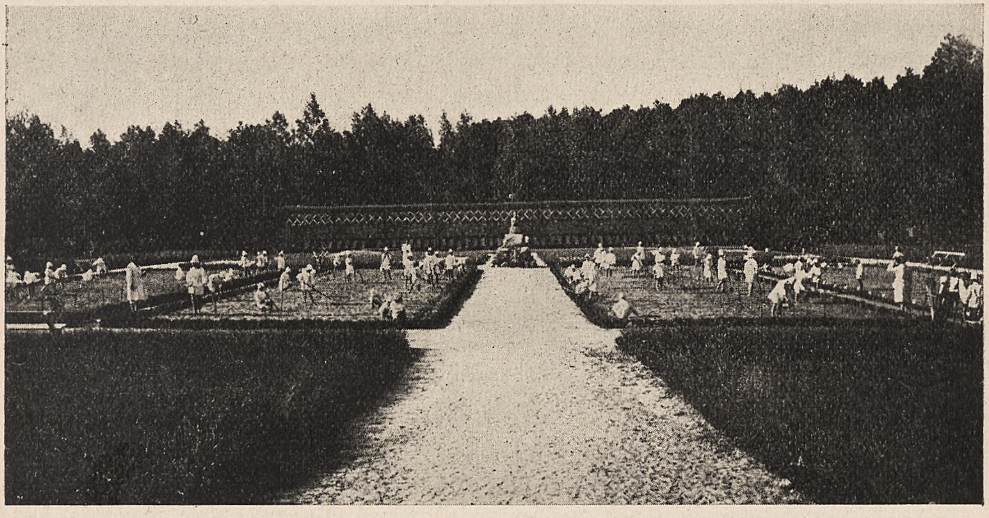
U nas, gdzie zaledwie 10 lub 15% ludności ma dostateczne uposażenie na leczenie się prywatne, muszą istnieć poradnie, będące najtańszym i najskuteczniejszym środkiem zwalczania gruźlicy, powodującej olbrzymie ciężary społeczne.

Ustawowo niema w Polsce żadnych sprzeciwów co do stosowania w poradniach lecznictwa. Art. 63 Rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospo-

litej o zakładach leczniczych mówi przedewszystkiem o celach leczniczych przychodni (poradni).

„W Polsce samo życie stara się o nadanie poradniom przeciwgruźliczym charakteru ośrodków leczenia specjalistycznego gruźlicy, a w związku z tem zapobiegania szerzeniu się choroby. Poradnie powinny mieć u nas charakter publiczny i objąć olbrzymie masy ludności wiejskiej i znaczną większość ludności miejskiej".

Odczyt dr. Marji Skokowskiej - Rudolfowej i dr. Miłosza Grodeckiego p. t. „Walka z gruźlicą w Polsce" zawiera niezmiernie ciekawy



Teren leżakowania i zabaw w prewentorjum w Ustroniu

i bogaty materjał historyczny, sprawozdawczy i programowy. Jest on tak obszerny, że na tem miejscu niesposób go streścić. Tymczasem, tych, których zagadnienie to interesuje, odsyłamy do pięknej, licznemi tablicami i fotografjami ozdobionej książki, wydanej przez Polski Związek Przeciwgruźliczy p. t.: „Walka z gruźlicą w Polsce", Warszawa, 1934. W poprzednim numerze „Pielęgniarki Polskiej" umieszczone zostało streszczenie pierwszego jej rozdziału („Zarys dziejów gruźlicy w Polsce"); streszczenie dwu następnych („Walka z gruźlicą w Polsce odrodzonej", „Organizacje i zakłady przeciwgruźlicze w Polsce") odkładamy do przyszłego roku.

REDAKCJA

VARIA

OSIEDLA PRACY DLA CHORYCH NA GRUŹLICĘ

W nr. 3 i 5 „Nowin Społeczno Lekarskich“ dr. Skokowska - Rudolfowa zamieszcza w artykule „Warsztaty pracy chorych na gruźlicę“ ciekawe szczegóły organizacji ośrodków kolonijnych dla chorych na gruźlicę w Anglji i Francji. W paru słowach zaznaczony jest początek stosowania pracy u umysłowo chorych jako metody leczniczej, później stosowanie pracy w lecznictwie ogólnem. Autorka przechodzi wreszcie do omówienia pracy w leczeniu chorych na gruźlicę. „Istnieją 3 rodzaje zatrudniania chorych: 1) w czasie pobytu w sanatorjum, jako jedna z najważniejszych metod, służących do utrzymania równowagi psychicznej; może mieć również w niektórych przypadkach znaczenie zarobkowe. 2) Warsztaty w miastach dla chorych zdatnych częściowo do pracy, znajdujących się w opiece przychodni, mają głównie znaczenie zarobkowe, a praca w nich jest dozorowana i kontrolowana. 3) Osiedla (kolonje) dla stale tam osiadłych chorych na gruźlicę, zdolnych częściowo do pracy“.

Autorka podaje szczegółowy opis kolonji leczniczej w Anglji, założonej w 1915 r. w Papworth koło Cambridge, którą zwiedzała w 1933 r. Inicjator i założyciel tej kolonji, dr. Varrier - Jones chciał stworzyć choremu warunki pracy, odpowiednie do stanu zdrowia, a jak najbardziej zbliżone do normalnego, pożytecznego życia. „Idea kolonji powstała z głębokiej obserwacji niewystarczającej roli zakładów leczniczych. Pobyt w zakładzie leczniczym przypadków gruźlicy początkowej nie daje żadnej gwarancji ich wyleczenia, a bardzo ważną, jeśli nie najważniejszą sprawą jest los pacjenta

po wyjściu jego z sanatorjum. Ustawowy termin 3 miesięcy, czy inny termin ograniczony świadczeniami, zmusza go do powrotu w stanie rekonwalescencji do warunków niepomyślnych. Leczenie sanatoryjne przypadków początkowych, powiada sławny lekarz angielski, jest proste. Szkoda pieniędzy na cegłę i marmur, kafle i posadzki wtedy, gdy jedynie potrzebny jest barak i sposobność wciągnięcia pacjenta pod odpowiedniem kierownictwem do zajmującej i pożytecznej pracy".

W Papworth założona jest kolonja dla chorych, opuszczających sanatorjum a jeszcze prątkujących, ale już mogących zająć się pracą, albo nie prątkujących wprawdzie, lecz t. zw. 50% pracowników zdolnych do lekkiej pracy. Rekonwalescenci tacy zarabiają w warsztatach pracy 75% zarobku ustalonego przez Trade - Union za godzinę pracy. Z powodu niewystarczającego zarobku na życie, otrzymują oni zapomogi z funduszów kolonji, która prowadzona jest jako przedsiębiorstwo zwykłe, samowystarczalne.

Dla osiągnięcia idei dr. Varrier - Jones'a, chorym stworzono nietylko odpowiednie warunki pracy, ale umożliwiono im normalne życie rodzinne. W skład bowiem kolonji wchodzą nietylko domy dla pojedyńczych osób i sanatorjum, ale i domy rodzinne, warsztaty pracy, szkoły, kluby sportowe, boiska i t. d.

Budynki i urządzenia są skromne, lecz odpowiadające wymaganiom higjeny. Chorzy i rodziny ich mają zapewnioną opiekę lekarską i pielęgniarską i pouczani są o postępowaniu po opuszczeniu kolonji. „Co najbardziej godne uwagi w Papworth, to zdrowe dzieci. Tylko bardzo nieznaczny odsetek dzieci daje reakcję Pirqueta, czyli że pod tym względem lepiej jest w tem gruźliczem społeczeństwie niż w normalnem. Ludzie ci wiedzą, jak się mają zachować i w tem tkwi wielkie znaczenie wychowawcze kolonji pracy".

Drugą kolonją, opisaną przez dr. Skokowską - Rudolfową, jest kolonja Clairvivre, w departamencie Dordogne we Francji.

Założenie tej kolonji zainicjowali członkowie „Francuskiej Federacji Rannych Płucnych" chorzy na gruźlicę. Projekt ten część lekarzy silnie krytykowała, inna część (a między innymi prof. Bernard i Rist) umiarkowanie popierała. Inicjatorzy projektu wysłali jednak delegatów do Anglji celem zwiedzenia przez nich tamtejszych kolonij, opracowali projekty i plany, uzyskali od rządu znaczną subwencję (52 miljony franków) i w jesieni 1931 r. przystąpili do budowy kolonji.

W pięknej okolicy pagórkowatej, wśród liściastych lasów zbudowano domki rodzinne i hotele dla samotnych osób. Osiedle tworzy całą gminę. Rozmieszczenie budynków, warsztatów i wszelkich urządzeń gospodarczo-administracyjnych rozplanowane jest według najnowszych systemów. Cały personel kierowniczy, instruktorski, administracyjny składa się z pacjentów. Dotację rządową przeznaczono na budowę kolonji i dróg prowadzących do niej.

Nasuwa się naturalnie pytanie kto i jak finansuje kolonję? W założeniu kolonja ma być samowystarczalna, z powodu jednak niedawnego jej otwarcia, wyników finansowych nie ustalono.

„Podstawą dochodów mają być opłaty komornego. Rodzina ma płacić miesięcznie 125 fr. za mieszkanie, oddzielnie za wodę i elektryczność (jako światło i opał). Cena elektryczności ma być bardzo niska, bo 13 centimów za kilowat; za zużycie energji elektrycznej przewiduje się opłatę w wyso-

kości 300 — 4.000 fr. rocznie od mieszkania. Samotni płacić mają 30 fr. dziennie za mieszkanie wraz z utrzymaniem i obsługą w hotelu. Przypuszczalny własny koszt utrzymania w hotelu wyniesie 20 fr. dziennie, co daje przy 150 mieszkańcach 1500 fr. nadwyżki. Inne dochody preliminuje się z przedsiębiorstw kolonji: sklepów, warsztatów, ogrodów, stawu rybnego. Wszystkie te przedsiębiorstwa są administrowane przez gminę. Pracownicy przedsiębiorstw, rekrutujący się z mieszkańców kolonji, będą płatni według norm zwykłych w przedsiębiorstwach. Dochody od opłat z mieszkań i przedsiębiorstw (z wyjątkiem sklepów) mają wystarczyć na utrzymanie administracji, remonty, utrzymanie dróg i t. d., a także na amortyzację włożonego kapitału. Czysty zysk ze sklepów jest przeznaczony na utrzymanie urządzeń i służby zdrowia (przychodnia, szpitale i t. d.)".

„Dochody mieszkańców składają się z pensji inwalidzkiej i zarobków w przedsiębiorstwach kolonji. Te źródła dochodów są zupełnie od siebie niezależne, zajmowanie posady na kolonji nie wpływa na wysokość zaopatrzenia inwalidzkiego".

Pamiętać musimy, że do kolonji w Clairvivre przyjmowani są, inaczej niż w Papworth, tylko członkowie Federacji Rannych Płucnych, chorzy na gruźlicę. „Wysokość zaopatrzenia inwalidzkiego wynosi we Francji niezależnie od rangi, najmniej 7.000 fr. rocznie. Inwalida wojenny, mający 100% niezdolności do pracy, otrzymuje nadto 10.000 fr. rocznie na leczenie, pod warunkiem niepodejmowania pracy zarobkowej. Wszyscy chorzy na gruźlicę płuc mają przyznane 100% niezdolności do pracy. Stąd zaopatrzenie przeciętnego mieszkańca kolonji Clairvivre wynosi 17.000 fr. rocznie (około 6.000 zł.). Jest to kwota wystarczająca dla rodziny zamieszkałej na kolonji wobec niskich opłat za mieszkanie i produkta miejscowe oraz możność dodatkowego zarobku".

Prócz korzyści zdrowotnych, odpowiedniej opieki, dobrych warunków mieszkaniowych, koloniści są i w tem uprzywilejowani, że pobory inwalidzkie (7.000 — 10.000 fr.) pobierają w całości mimo dodatkowego zarobkowania w osiedlu. Z mieszkańcami kolonji zawierane są specjalne umowy, a kontrakty i regulaminy przewidują możność usunięcia mieszkańców nieodpowiednich.

„Członkowie Federacji, pragnący otrzymać przydział do kolonji, składają podanie, kwalifikacje zdrowotne ich badane są przez komisję lekarską, po zbadaniu przez określoną przychodnię przeciwgruźliczą. Ponieważ zgłoszeń jest parę tysięcy, a miejsc nieco więcej niż 500, wybór jest bardzo staranny".

„W razie śmierci członka Federacji zamieszkałego w osiedlu, rodzina jego ma prawo korzystać nadal z mieszkania i urządzeń, a Federacja ma obowiązek moralny zaopiekowania się rodziną".

Po zapoznaniu nas z administracyjną częścią kolonji, autorka opisuje szczegółowo organizację opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad chorym i nad jego rodziną.

Ze specjalną troskliwością rozwinięta jest opieka nad dziećmi i młodzieżą. Wszystkie niemowlęta systematycznie badane są w przychodni. Przeprowadzane są szczepienia BCG i próby Pirqueta. Najmłodsze niemowlęta, między wizytami w przychodni, ważone są przez pielęgniarki w domu, w ustalonych odstępach czasu. Dzieci w wieku przedszkolnym, prócz zwykłej starannej opieki lekarsko-pielęgniarskiej, mają zorganizowaną

pracę w ogródkach dziecięcych. Dla dzieci starszych prowadzone są szkoły na wolnem powietrzu. Praca pielęgniarska rozplanowana jest systematycznie i obejmuje całokształt opieki nad chorym i zdrowym.

Jak widzimy, pomyślano tam o wszystkiem, a dążeniem władz kolonji jest stworzenie mieszkańcom jak najkorzystniejszych warunków zdrowotnych przy normalnem życiu.

W zakończeniu dr. Skokowska-Rudolfowa podaje uwagi co do organizacji warsztatów pracy w Polsce. Wymienia tylko dwa istniejące u nas sanatorja z odpowiedniemi urządzeniami do pracy, są to sanatorja dla dzieci gruźliczych w Zakopanem i w Busku. Według autorki, warsztaty pracy, czy to na specjalnie urządzonych kolonjach, czy w sanatorjach, czy też w miastach pod kontrolą i nadzorem, są bezwarunkowo konieczne w racjonalnej walce z gruźlicą.

Wydaje się nam, że wszelkie racjonalne i konsekwentne sposoby zwalczania gruźlicy, jak również utrzymywania skutków leczenia powinny być bezwarunkowo stosowane, jeżeli ogromne sumy wydawane na leczenie gruźlicy nie mają pójść na marne. Czy forma specjalnych osiedli pracy dałaby się w naszych warunkach zastosować, to pytanie, ale w każdym razie wszelkie dążenia do niemarnowania grosza wydawanego na leczenie chorych jest w naszych warunkach jak najbardziej wskazane. A wiemy dobrze jaki los spotyka u nas pacjentów podleczonych z wielkim wysiłkiem i nakładem kosztów, a nie mających po ukończeniu świadczeń żadnej opieki, lub tylko — teoretyczną.

UODPORNIENIE NA GRUŹLICĘ PRZEZ ROŚLINY

W jednym z nr. „Polskiej Gazety Lekarskiej“ dr. Martiniec podaje ciekawy artykuł „O stosowaniu soków z roślin, pędzonych na podłożu, zawierającem jad gruźliczy“. Autor przeprowadził swoje doświadczenia, hodując rośliny cebulkowe na wyjałowionej ziemi z dodatkiem plwociny gruźliczej sfermentowanej. Dla kontroli hodowano te same rośliny w zwykłej ziemi, w której rośliny rozwijały się daleko lepiej, niż w ziemi z jadem gruźliczym. Należy nadmienić, że hodowla roślin, niezależnie od jadu gruźliczego, da zawsze gorsze wyniki w ziemi wyjałowionej, gdyż składniki odżywcze, jak również pewne rodzaje bakteryj gnilnych i fermentacyjnych są potrzebne roślinie do normalnego rozwoju. W dalszej części doświadczenia rośliny spłukano 10% roztworem fenolu i wyciśnięto z nich sok. Otrzymany płyn rozcieńczono dziesięciokrotnie fizjologicznym rozczynem soli i rozlano do ampułek po 2.2 cm³, osobno preparując sok z roślin zaprawionych jadem i roślin kontrolnych. Płyn z roślin zakażonych, po dodaniu tuberkuliny, dawał strąt, który, dodany do podłoża Besredki, powstrzymywał wzrost prątków gruźliczych. Płyn z roślin kontrolnych objawów tych nie dawał.

Autor dokonał całego szeregu prób na zwierzętach i na sobie, poczem przystąpił do stosowania zastrzyków chorym na gruźlicę.

W pierwszym rzędzie zastrzyki podskórne otrzymali chorzy na gruźlicę płuc rozpadową, wyniszczającą. 6 chorych otrzymało zastrzyki z roślin zakażonych, 2 chorych z roślin kontrolnych. Chorzy leczeni wyciągiem z roślin zakażonych żyli dłużej, niż tamci.

Następnie autor zastosował zastrzyki chorym z gruźlicą płuc rozwiniętą. 9 chorych leczono roztworem zakażonym, 3 chorych — kontrolnym. Z 9 pierwszych chorych, 5 zaczęło przybywać na wadze, a po niejakimś czasie przestali oni prątkować. U chorych kontrolnych żadnego polepszenia nie stwierdzono.

Autor dokonał jeszcze z wynikiem dodatnim prób leczenia wilka płaskiego oraz przerostowego.

Stwierdzenie, że rośliny zarówno jak zwierzęta mogą wytworzyć ciała odpornościowe hamujące lub uniemożliwiające rozwój prątków gruźliczych, może mieć również ogromne znaczenie i szerokie zastosowanie w dietetyce leczniczej.

DOŻYWIANIE DZIECI W ŁODZI

Godną uwagi działalność rozwinął dr. Gutentag w Łodzi przez dożywianie dzieci ze szkół powszechnych. O akcji tej dowiadujemy się z artykułu dr. Gutentaga „O dokarmianiu dzieci w szkołach powszechnych zarządu m. Łodzi w latach 1932/33 i 1933/34", umieszczonego w „Zdrowiu Publicznem" Nr. 7, 1934.

Jako naczelny lekarz szkół powszechnych, dr. Gutentag zwrócił uwagę na rozwijające się w mieście epidemje, bezpośrednio przed otwarciem roku szkolnego w r. 1932. W obawie przed szerzeniem się chorób zakaźnych w szkole, zwołał konferencję międzywydziałową, aby w granicach możliwości zapobiec epidemjom. Wychodząc z założenia, że organizm wątły, źle odżywiony ulega łatwo wszelkim infekcjom, przedstawił współpracownikom konieczność wszczęcia akcji intensywnego dożywiania dzieci.

Wprawdzie i w r. 1931/32 prowadzono akcję dożywiania i to w dosyć znacznym zakresie, bo 15.000 dzieci (na 64.417 ogólnej liczby dzieci) otrzymywało w ciągu roku szkolnego szklankę mleka z cukrem i bułkę. Dożywianie to jednak okazało się bardzo niedostateczne, zważywszy wzrastający kryzys i zwiększanie się liczby bezrobotnych.

Dla zorjentowania się w odżywianiu dzieci w domu, przeprowadzono w 1932/33 r. ankietę. Na 68.205 dzieci, które wzięły udział w ankiecie, 9.040 przychodziło do szkoły naczczo. 15.547 jadało śniadanie wydane przez szkołę. 20.789 dzieci ma rodziców bezrobotnych.

Według wyniku badań lekarzy szkolnych, 7% (czyli 5.000) dzieci jest podejrzanych o gruźlicę, 25% (czyli 18.000) dzieci niedokrwistych i źle odżywionych, i około 40% dzieci z powiększonemi gruczołami zewnętrznemi.

W okresie, gdy akcja dożywiania stawała się coraz potrzebniejsza, napotkała na wielkie trudności. Magistrat m. Łodzi, wskutek ogólnego kryzysu, dostarczył funduszów tylko na dożywianie 8.000 dzieci (w poprzednim roku szkolnym 12.000).

Całe grono nauczycielskie z kuratorjum szkolnem, lekarze szkolni i zainteresowane przez instytucje komitety i t. d. rozwinęły niezmiernie żywotną akcję zdobywania funduszów na dożywianie dzieci i to nie w granicach dotychczasowego systemu, ale podniesienia wartości odżywczych wydawanych porcyj.

W rezultacie, w roku szkolnym 1932/33 dożywiano blisko 18.000 dzieci, których część otrzymywała zamiast mleka lub kawy mlecznej z cukrem i bułki, zupę z fasolą, kaszą, łazankami, jarzyną, okraszaną stosunkowo nieźle.

W r. 1933/34 akcja dożywiania napotkała na jeszcze większe trudności, gdyż z budżetu miasta skreślono zrazu wszelkie fundusze, dopiero po długich staraniach przyznano pewną subwencję. Wówczas rozwinięto jeszcze żywszą akcję zdobywania funduszów. Wciągnięto do pracy osoby prywatne, utworzono koła pomocnicze, koła dostawy produktów, grupy pracowników, oszczędzając w ten sposób na personelu. Wciągnięto też w pracę starsze dzieci szkolne. Rezultatem tych wysiłków było dożywianie 18.000 dzieci zupą z kawałkiem chleba (obliczano odżywienie mlekiem i bułką na 60 kaloryj, odżywianie zupą na 120 kaloryj).

Prócz tego, w niektórych szkołach wystarano się o nadzwyczaj tanie obiady, bo po 5 gr. Obiadów dostarczały organizacje filantropijne, a korzystać z nich mogły wszystkie dzieci w szkole.

Akcja dożywiania osiągnęła podwójny rezultat: nietylko przyczyniła się do poprawienia stanu zdrowia dzieci, ale również rozbudziła w dzieciach i ich rodzinach umiejętność współpracy, ofiarności i wzajemnej pomocy w obecnych ciężkich czasach. *M. St.*

Kronika pielęgniarska

Z UNIWERSYTECKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIAREK I HIGJENISTEK W KRAKOWIE

W Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek w Krakowie zaszedł fakt niezmiernej wagi i doniosłości.

Oto na życzenie Prof. dr. Rutkowskiego i z inicjatywy Dyrekcji Szkoły odbyły się w dniach 12 i 13 XII. b. r. dwa pokazy zasad pielęgniarstwa dla słuchaczów 5 roku medycyny na sali wykładowej Kliniki Chirurgicznej U. J.

P. Teresa Kulczyńska, wicedyrektorka Szkoły, oraz jej asystentka, p. Halina Węgrowska, demonstrowały następujące zabiegi:

1. Kąpiel i mycie głowy w łóżku.
2. Zmiana pościeli lekko choremu (przez jedną pielęgniarkę).
3. Zmiana pościeli ciężko choremu (przez dwie pielęgniarki).
4. Zawijanie przeciwgorączkowe w zimne prześcieradła.
5. Okład krzyżowy na klatkę piersiową.
6. Okład na brzuch pod ceratką, z bandażem wielokońcowym.
7. Przyrząd Leitera.

Na demonstracjach obecni byli również lekarze, a liczba studentów na drugim pokazie była większa (około 100), niż na pierwszym, co dowodzi prawdziwego zainteresowania.

Profesor Rutkowski zamierza w przyszłości wprowadzić stałe wykłady pielęgniarstwa dla słuchaczów medycyny, w większym zakresie.

Redakcja „Pielęgniarki Polskiej" sądzi, że będzie wyrazicielem wszystkich pielęgniarek dyplomowanych, jeśli złoży na tem miejscu najgorętsze powinszowania inicjatorom pokazów dla studentów. Kto jak kto, ale właśnie kończący studja słuchacz medycyny winien być obeznany z zasadami pielęgniarstwa, i — dalej idąc — powinien zawczasu rozumieć, że jeśli nie

oprze przyszłej swej pracy lekarskiej o pomoc wyszkolonej pielęgniarki, to praca ta będzie niezupełna i połowicznie tylko zmierzać będzie do dobra chorego.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA PIELĘGNIAREK

Komisja Pielęgniarstwa Społecznego P. S. P. zorganizowała w dniach od 23-go do 26-go października 1934 roku kurs dokształcający dla pielęgniarek społecznych, członkiń Stowarzyszenia. (Ob. program w nrze 9—10 „Pielęgniarki Polskiej"). Dzięki uprzejmości dyrektorki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa, kurs odbył się w sali koncertowej W. S. P.

Frekwencja podczas kursu przeszła oczekiwania organizatorek: przeciętnie było 90 słuchaczek na wykładzie, przyczem znaczna ich liczba z poza Warszawy.

Świetny dobór prelegentek i prelegentów, umiejętnie dobrane tematy, zapewniły kursowi ogromne powodzenie, czego najlepszym dowodem jest jednomyślna uchwała IX. Walnego Zjazdu P. S. P. Z., by kurs dokształcający został zorganizowany przed Walnym Zjazdem w roku przyszłym.

Zaznaczyć należy, że kurs, przy opłacie wpisowego w kwocie 3 złotych, okazał się samowystarczalny.

KRONIKA

NOWY SZPITAL UBEZPIECZALNI SPOŁECZNEJ W KRAKOWIE

Dnia 10-go listopada 1934 roku odbyło się w Krakowie uroczyste poświęcenie i otwarcie nowego szpitala Ubezpieczalni Społecznej przy ul. Prądnickiej.

Uroczystość rozpoczęła się nabożeństwem w kaplicy szpitalnej, odprawionem przez Ks. Metropolitę Sapiehę, który w podniosłych słowach życzył nowej placówce zbożnej pracy i spełnienia zadań dla pracującej ludności. Na uroczystość tę przybyli z Warszawy liczni przedstawiciele Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, przedstawiciele władz cywilnych i wojskowych, przedstawiciele miasta i Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz szereg wybitnych osobistości. Dyrektorem szpitala został mianowany dr. Jan Schanceubach. Szpital obliczony jest na 460 łóżek. Podzielony jest na 6 oddziałów: wewnętrzny, chirurgiczny, ginekologiczno - położniczy, neurologiczny, laryngologiczny i dermatologiczny. Dla celów diagnostycznych i terapji zainstalowany został olbrzymi i bardzo kosztowny aparat rentgenowski o sile 400 000 wolt. Pod względem siły i techniki wykonania stoi on na drugiem miejscu w Europie.

Sale dla chorych obliczone są przeważnie na 3— 4 osób. Każdy pokój ma luksusowe urządzenia techniczne (dzwonki świetlne, umywalnie z ciepłą i zimną wodą, aparaty radjowe przy każdem łóżku itd.). W szpitalu ordynować ma 30-tu lekarzy, do pielęgnowania chorych przewidzianych jest 60 osób służby szpitalnej.

SANATORJUM NOCNE

Uruchomione w 1932 roku sanatorjum nocne w Hołosku pod Lwowem przy Lecznicy Tow. Walki z Gruźlicą niestety nie cieszy się odpowiednią frekwencją, a to z powodu stanowiska Ubezpieczalni Społecznej oraz Pomocy Państwowej dla urzędników, nie uwzględniających tego rodzaju pomocy dla pracujących.

Półsanatorjum nocne zasadniczo przyjmuje chorych na noc, by osobnika chorego, często z otwartą gruźlicą, usunąć z mieszkania wtedy, gdy zakażenie otoczenia jest może najłatwiejsze, przez ciasnotę mieszkania, brak posłania, łóżek i złą wentylację.

Nieracjonalne oszczędności i ślepe trzymanie się wydrukowanych przepisów rozbijają wytężoną i systematyczną pracę walki z gruźlicą.

PISMA DLA BEZROBOTNYCH

W Ameryce w roku bieżącym zaczęło wychodzić czasopismo katolickie dla bezrobotnych pod tytułem: Robotnik Katolicki (*The Catholic Worker*). Czasopismo ukazuje się każdego tygodnia i sprzedawane jest po cenie kosztów papieru i druku w centralach pośrednictwa pracy. Niska cena tygodnika pozwala robotnikom nabywać je stale. Na luksus ten bezrobotny w Polsce pozwolić sobie nie może; to też w Krakowie w kilku kuchniach dla bezrobotnych i dla najbiedniejszej ludności od 3 lat rozdaje się dwa razy tygodniowo najróżniejsze czasopisma i gazety. Pisma te zbierane są od osób prywatnych, od wydawnictw i redakcyj. Tak specjalnie wydawane pismo w Nowym Jorku, jak rozdawane czasopisma w Krakowie przyjmowane są entuzjastycznie przez bezrobotnych, spragnionych wiadomości o sprawach aktualnych.

MŁODZIEŻ O ZDROWIE WSI

Stowarzyszenia Młodzieży Polskiej działają wydatnie nad podniesieniem higjeny na wsi i zwalczaniem gruźlicy. Dotychczasowa ich praca polegała na szerzeniu zasad higjeny wśród członków, jak i wśród młodzieży szkolnej. Stowarzyszenie nawiązało kontakt z odpowiedniemi instytucjami, celem ustalenia systematycznej pracy w dziale podnoszenia zdrowia wsi przez co przygotowuje teren do propagandy przeciwgruźliczej. W dziale wychowania fizycznego Stowarzyszenie rozwija doniosłą pracę. Obozy, kluby gromadzą ogromną ilość młodzieży, zaprawiając ją do hartu i sprawności. Wydawane przez Stowarzyszenie Młodzieży Polskiej podręczniki, pisma, broszury znalazły szerokie uznanie i zalecone zostały do użytku w obozach wojskowych. Zajęcie takiego stanowiska przez organizacje młodzieży wzbudza pełne uznanie społeczeństwa.

PRACA ZAWODOWA KOBIET

Polska zatrudnia ogółem 6 miljonów kobiet (45 procent ludności żeńskiej w kraju) w pracy zawodowej.

Najcięższą pracą dla kobiet jest praca w przemyśle papierniczym, metalowym, ceramicznym i odzieżowym. — Według przeprowadzonych badań lekarskich, najbardziej zrujnowane zdrowie mają kobiety w przemyśle papierniczym: 40 procent robotnic choruje na oczy, 33 procent na płuca, 18 procent na serce, 14 procent na system nerwowy i 18 procent na choroby skórne. — Z działu odzieżowego najszkodliwszym okazał się dział trykociarski: 45 procent pracujących gorączkuje, w tkactwie — 40 procent; w krawieczyźnie i bieliźnarstwie — 37 procent. — W przedzelnictwie natomiast, prócz 30 procent kobiet z podwyższoną temperaturą, wiele choruje na oczy, płuca i serce.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU:

w lipcu, sierpniu i wrześniu 1934 roku:

1-go lipca: S. Wołoszyn z Garn. Izby Chorych Dęblin do Szpitala Okręgowego Grodno
1-go lipca: S. Frankowska Teodora ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Izby Garn. Dęblin
1-go lipca: S. Śliwińska Stefanja ze Szp. Wojsk. Grodno do Szp. Wojskowego Kraków
1-go sierpnia: S. Kowalska Janina II ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. Wojsk. Łódź
9-go września: S. Eysmontt Janina ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Szp. Wojsk. Kraków
9-go września: S. Gumowska Czesława ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Szp. W. Kraków
9-go września: S. Plucińska Helena ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Szp. W. Kraków
9-go września: S. Diembajówna Klementyna ze Szp. W. Kraków do Szp. W. Brześć /nB
9-go września: S. Dobrzelewska Zofja ze Szp. Wojsk. Kraków do Szp. W. Brześć n/B

9-go września: S. Kopydłowska Fr. ze Szp. Wojsk. Brześć n/B do Szp. W. Chełm Lub.
9-go września: S. Świątek - Członkowska Marja ze Szp. Wojsk. Chełm Lub. do Szpitala Brześć nad Bugiem
15 września: S. Kowalczyk Stefanja z Ośrodka Zdrowia Polskiego Czerwonego Krzyża Tuchowicz do Ośrodka Zdrowia Polskiego Czerwonego Krzyża Siedlce
15-go września: S. Lewandowska Marja Szk. PCK. Warszawa do Ośrodka Zdrowie Polskiego Czerwonego Krzyża Tuchowicz
22-go września: S. Ossowska Anna z Okr. PCK. Siedlce do Sanat. PCK. Zakopane
26-go września: S. Piotrowicz Wincenta z Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża Zakopane do Sanatorjum Wojskowego Raycza
26-go września: S. Wysocka Jadwiga z Sanat. Wojsk. Raycza do Szp. Wojsk. Wilno

Otrzymały posady po specjalizacji:

1-go lipca: S. Kaleńska Iza po specjal. w psychjatrji do Szp. Wojsk. Łódź
1-go lipca: S. Staczyńska Irena po specjal. w chirurgji do Szpitala Wojskowego Łódź
1-go lipca: S. Czapkiewicz Helena po specjal. w bakterjologji do Szp. C. W. Sanatorjum Warszawa

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż:

1-go lipca: P. Kłębowska Róża, abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Brześć n/B
1-go lipca: P. Maciejewska Jadwiga, abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Łódź
1-go lipca: P. Hackiewicz Halina, abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojsk. Łódź
1-go lipca: P. Folfoszyńska Wanda, abs. Szk. Piel. Warszawa do Ośrodka Zdrowia Polskiego Czerwonego Krzyża Biłgoraj
1-go lipca: P. Geryszewska Marja, abs. Szk. Piel. Warszawa do Ośr. Zdr. PCK. Siedlce
1-go lipca: P. Mamakisówna Zofja, abs. Szk. Piel. Warszawa do Ubezpieczalni Łuków
10-go lipca P. Ostromęcka Czesława, abs. Szk. Piel. Warszawa do Ośr. Zdr. P. Kobryń
10-go lipca P. Janczakówna Eugenja, abs. Szk. Piel. Warszawa do Ośr. Zdr. P. Sucha
1-go sierpnia: P. Zaliwska Marja, abs. Szk. Piel. Warszawa do Sanat. Akad. Zakopane
1-go września: P. Twardowska Janina, abs. Szk. Piel. Poznań do Szp. Wojsk. Poznań
15-go sierpnia P. Bąkówna Kazimiera, abs. Szk. Piel. Warszawa do Żłobka F. U. Radom
15-go sierpnia P. Pankówna Sefanja, abs. Szk. Piel. Warszawa do Żłobka F. U. Radom
1-go września: P. Rebelkówna Łucja, abs. Szk. Piel. Poznań do Szk. Piel. PCK. Poznań
15-go września: P. Goetzówna Janina, abs. Szk. Piel. Warszawa do O. Z. PCK. Burzec
1-go lipca: P. Ciechanowicz H., abs. Szk. Piel. Warszawa do Tow. Przeciwgr. Warszawa
1-go kwietnia: P. Mężyska Stefanja, abs. Szk. Piel. Poznań do Zakł. Ortop. Poznań
1-go maja: P. Konieczna Janina, abs. Szk. Piel. Poznań do Stacji M. Dz. Miejska Górka

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu:

31-go lipca: S. Majewska Teresa, ze Szpitala Wojskowego Poznań
31-go lipca: S. Okońska Joanna, zamężna Bąkowa ze Szpitala Ortop. im. Gąsiorowskich w Poznaniu
31-go sierpnia: S. Muttermilch Marja, zamężna Anuszewicz ze Szp. Wojskowego Wilno
31-go sierpnia: S. Korzeniowska Henryka, zamężna Kuszelewska, instrukt. w Szkole Pielęgniarstwa Polskiego Czerwonego Krzyża w Poznaniu.

Z WYDAWNICTW PRZECIWGRUŹLICZYCH

Nr. 5 „W Służbie Zdrowia“ wydany przy współudziale Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, wyszedł pod redakcją Dr Cz. Wroczyńskiego, jako zeszyt, specjalnie poświęcony gruźlicy. Treść: *Dr. Cz. Wroczyński:* Prawda o gruźlicy, *dr. Martyszewski:* O leczeniu gruźlicy płuc, *dr. St. Popowski:* Gruźlica w wieku dziecięcym, *doc. dr. Al. Ławrynowicz*: Prątek gruźlicy, *dr. M. Wierzbowska:* Szczepienia przeciwgruźlicze, *dr. St. Sielicki*: Organizacja i rozwój walki z gruźlicą w Polsce, *dr. M. Skokowska-Rudolf:* Rząd w walce z gruźlicą, *H. Stypułkowska:* Polski Związek Przeciwgruźliczy, *dr. M. Grodecki:* Krzyż przeciwgruźliczy *dr. S. Stypułkowski:* Warszawskie Towarzystwo Przeciwgruźlicze.

PIELĘGNIARKA POLSKA
Rocznik VI, 1934

SPIS RZECZY:

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.

Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.